| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LADY JOHANNA LOPEZ MONROY | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52785427 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | JG.2538@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3504775618 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FO09 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | K26 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 475000074256 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0178-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 3 DE 3 | |
| NÚMERO DE CDP | 804 | FECHA | 18/04/2018 | NÚMERO DE CRP | 19702 | FECHA | 30/04/2018 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 4938-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud. | | | | | | |

| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 5 | 2018 | | 30 | 5 | 2018 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.613.395 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $4.840.185 |
| VALOR EJECUTADO | $4.786.406 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.613.395 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $53.779 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $ 1.953,105 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8327079101 | $781242 | $97.655 | $124.999 | 3 | $17.921 | $240.575 |

Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Jenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LADY JOHANNA LOPEZ MONROY
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |

| Ubicación del Servicio: | F009 | | | | | Sede: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSTON | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 0178-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 5 | 2.018 | | 30 | 5 | 2.018 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LADY JOHANNA LOPEZ MONROY | | C. C. | | 52.785.427 | DE | BOGOTA | | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos :** SI X NO **Servicios:** SI X NO

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | SI | Apoyando a PAI extramural Casa a Casa, y en punto CAPS PABLO VI , terminal terrestre y aereo para el diligenciamiento de los formatos requeridos. | Registro diario de vacunacion y seguimiento de esquema a la poblacion de 0 a 5 años 11 meses 29 dias. Registro diario de vacunacion a la poblacion de adulto |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque | SI | Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años según necesidad. | Formato de activación de rutas |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS | SI | Según activacion de rutas realizadas por el profesional | Matriz de unidad de analisis e implementación. |
| Realizar actividades de auxiliar de enfermería intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la Institución. | si | Se realizo actividad de seguimientos en la localidad de fontibon y puente aranda en el mes de mayo. | Se realizo oportunamente la actividad de seguimientos en la localidad de kennedy y fontibon en el mes de mayo. |
| Informar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia. | si | Al iniciar la actividad se hace verificacion de los formatos a diligenciar y según la necesidad de los insumos y elementos requeridos para realizar la actividad que esta programada se hace la solicitud al lider del area. | Al terminar la actividad se entrega sis 150, kardex diario de vacunacion,carnes de niños y adultos,jeringas ,algodón,agua esteril,contenedores de paredes rigidas,bolsas roja ,gris y verde,supragel, jabon quirucidal |
| Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área vigentes. | si | se realiza las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo encuenta la poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes. | Se realizo con calidad y oprtunamente las actividades programadas de vacunacion, |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental. | si | Se diligencia sis 150,kardex diario,carnes niños y adultos,Aplicativo PAI en tiempo real y completo. | Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150,kardex diario del mes,. |
| Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE. | si | Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividedes educacion sobre la importancia de continuar con los difrerentes programas de promocion y prevencion, | Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promocion y prevencion. |
| Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida. | si | Se maneja el manual de bioseguridad ,los cinco correctos y se da educacion a cada uno de los usuarios brindando una atencion segura. | Dar cumplimiento a la educacion requerida para los usuarios ,aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguridad, |
| Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa. | si | Verificar y interpretar según la normatividad vigente cada carne de niños y adultos para asi realizar el procedimiento | Se realiza lectura de cada uno de los carnes debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados. |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución. | si | Se realizo para el cumplimiento de metas en puntos extramurales durante el mes de mayo. | Se realiza vacunacion en terminal aereo y terrestre : fiebre amarilla 980 dosis, td : 15 dosis, sarampion rubeola: 10 dosis segundas dosis: 2, R1 :1 , terceras: 3 , vph: 6,neumo |
| Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud. | si | Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud, | Se da a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable y colaborativa. |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | si | Se asiste a reuniones programadas en el mes de marzo. | S e asistio a las reuniones según programacion y soporte en listados de asisitencia. |
| Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital. | si | Se realiza absoluta reserva de la informacion que se da a conocer en el desarrollo de las actividades. | Se guarda absoluta reserva de la informacion conocida en cada una de las actividades desarrolladas y realicionadas con el hospital. |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI. | si | Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes de mayo. | Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.613.395.-UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO**

Johanna Lopez

LADY JOHANNA LOPEZ MONROY C.C. 52.785.427

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Alfonso O

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

V.B.

**Señor(es):** LADY JOHANNA LOPEZ MONROY
**Nit:** CC 52785427
**Dirección:** CALLE 22 L No 120 A - 03 FONTIBON
**Teléfono:** 4180857 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | LADY JOHANNA LOPEZ MO |
| Tipo y número de identificación | 52785427 |
| Número de referencia de planilla | 9327079101 |
| Fecha de pago | 5/15/2018 |
| Número de autorización de pago | 39394791 |
| Banco | 1023 |
| Valor cheque | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo conciliación salud | Mayo 2018 |
| Periodo cotización pensión | Mayo 2018 |
| Periodo conciliación caja | Mayo 2018 |
| Número de planillas unidas | 4 |
| Total Pagado | $248.100 |
| Total Interes mora | $1.600 |

| CODIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NUMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $19.300 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | $125.700 | 1 |
| CCF22 | Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar | $4.600 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $98.300 | 1 |

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | IRET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | VR TOTAL UPC ADICIONAL | VR NOMINA | VR INCAPACIDAD | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 52785427 | LOPEZ MONROY LADY JOHANNA | EPS008 | 230201 | CCF22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 781.242 | 781.242 | 781.242 | 781.242 | 0 | | | 125.000 | 0 | 0 | 97.700 | 0 |

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información