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. SALUD
		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			2 DE 2		
NÚMERO DE CDP	699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP	18231	FECHA	28/03/2018		
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	4	2018		30	4	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0				

OBSERVACIONES: SE HACE DESCUENTO DE UN DIA (1) POR INCUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.226.790
VALOR EJECUTADO	$3.173.011
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.559.616
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
8326420134	$781242	$97.655	$124.999	3	$17.921	$240.575

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL 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:

Johanna López

LADY JOHANNA LOPEZ MONROY
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA ABRIL 2018

CUENTA DE COBRO 2

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

LADY JOHANNA LOPEZ MONROY
CC. N° 52785427 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0178-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 30 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DIEZ Y SEIS PESOS MONEDA CORREINTE

TOTAL: $ 1.559.616

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 475000074256
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K26	100%	$ 1.559.616
TOTAL	100%	$ 1.559.616

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44,603,000)		X

CORDIALMENTE,

LADY JOHANNA LOPEZ MONROY
CC. N° 52785427 Bogota email: JG.2538@HOTMAIL.COM
TELEFONO CELULAR No 3504775618

	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	Af
			1	4	2.018		30	4	2.0
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 vacunacuion y seguimiento de esque la poblacion de 0 a 5 años 11 meses 29 dias. Re 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 abril.	Se realizo oportunamente la actividad de seguimientos localidad de kennedy y fontibon en el mes de abril.
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 diai vacunacion,carnes de niños y adultos,jeringas ,algodón esteril,contenedores de paredes rigidas,bolsas roja ,g 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 activic 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 cad 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 usu 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 usu ,aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguric
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 debidar 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 abril.	Se realiza vacunacion en terminal terrestre : fiebre an 540 dosis, td : 13 dosis, sarampion rubeola: 8 dosis, n 23: 5 dosis, primeras: 4 dosis, segundas: 5 dosis, terce dosis, año: 1 dosis, r1: 2 dosis, r2: 2 dosis, vph: 4 dosis
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 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 abril.	S e asistio a las reuniones según programacion y sopor 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 cada una de las actividades desarrolladas y realicionad 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 abril.	Se garantizo el cumplimiento de los objetivos gener especificos del PAI aplicando los lineamientos programa.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,559,616 un millon quinientos cincuenta y nueve mil seiscientos diesciseis pesos m/ cte

Johanna Lopez
LADY JOHANNA LOPEZ MONROY C.C. 52.785.427

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Arenas B

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

VoBo MD

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 radicación planilla	8326420134
Fecha de pago	4/16/2018
Número de autorización de pago	26420134
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Abril 2018
Periodo cotización pensión	Abril 2018
Periodo cotización caja	Abril 2018
Número de administradoras	4
Total Pagado	$248.600
Total interes mora	$2.100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.300	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$126.000	1
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	$4.800	1
EPS008	Compensar EPS	$98.500	1

PAGADO

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