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:	LISBEL DÍAZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52280505						
CORREO ELECTRONICO:	lisbeldiaz@hotmail.com				CELULAR:	3115459314						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SU40							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Sur						
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	477370039869								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0224-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4				
NÚMERO DE CDP	804	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	19740	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. 0077-2017 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: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.453.580
VALOR EJECUTADO	$6.453.580
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8478644244	$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,

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Lisbel Diaz

LISBEL DIAZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Red Pública Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	2 20043317 04-02-FO-0063	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SUBS				Sede: papa carvajal 79						
No. DE CONTRATO:	0224-2018	Periodo certificado desde el			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
					1	5	2018		30	5	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LISBEL DIAZ				C. C.	52,280,595			DE	BOGOTA	

SUJETO 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

resultado del cumplimiento del contrato en: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI __X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ar cumplimiento al Manual de convivencia segun lo descrito en neamientos de Secretaria Distrital de alud, especifico para el PAI.	si	Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato ,	Se cumplio con el manual de convivencia con calidad,oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud.
ealizar las actividades que garanticen el umplimiento de la cadena de frio y y iligenciamiento de formatos stablecidos según normativa vigente.	si	Alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria.	Realizar alistamiento de termos y paquetes frios para desarrollar el cumplimiento de cadena de frio según lineamientos.
lantener el servicio o área de trabajo en rden y estricta limpieza y realizar listamiento de material o insumos queridos para los procedimientos o ctividades a ejecutar.	si	en el mes de mayo se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas.	Se realiza sanitizacion al finalizar la actividad del termo y elementos de vacunacion durante el mes de mayo.
ealizar actividades de auxiliar de nfermeria intra y extramurales signadas de acuerdo a las estrategias de e programas y planes de acción de la stitución.	si	Se reemplazo paps carvajal 79	Se realizo oportunamente reemplazo paps carvajal.
formar y solicitar oportunamente al der del área, los recursos necesarios ara la realización de las actividades rogramadas, y reportar oportunamente s anomalías en la prestación del rvicio, según recomendaciones de novigilancia.	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
onocer y realizar las actividades rogramadas en el servicio para la nción del usuario, teniendo en cuenta s normas técnicas y administrativas, lías, protocolos, lineamientos y ocedimientos 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 oportunamente las actividades programadas de vacunacion,
ligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y rmatos que le sean encomendados, así mo velar por la custodia y el buen anejo 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 manara clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150,kardex diario del mes,.
ucar al individuo, familia y comunidad los temas de prevención, promoción, tamiento y rehabilitación, y eventos de ilancia en salud pública. Realizar manda inducida de acuerdo al rtafolio de servicios de la ESE.	si	Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividades educacion sobre la importancia de continuar con los diferentes programas de promocion y prevencion,	Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promocion y prevencion.
mplir y vigilar la adherencia al manual bioseguridad. Conocer y aplicar los rrectos en la realización y aplicación tratamientos, y preparar al usuario de uerdo al procedimiento a realizar, ndando 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,
alizar lectura e interpretación del rné de vacunas y proceder de acuerdo a normativa vigente del programa.	si	Verificar y interpretar según la normatividad vigente cada carne de niños y adultos para asi realizar el procedimiento correspondiente a vacunacion.	Se realiza lectura de cada uno de los carnes debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados.
ortar el cumplimiento de las metas ogramadas por la institución.	si	Se realizo para el cumplimiento de metas en punto paps carvajal 79 del mes de mayo.	Biologicos aplicados 1ras dosis -1,2das dosis -2,3ras dosis -2,TV año completas -2,Refuerzo de 18 meses-2,Refuerzo de 5 años3,Td 2,neumococo deca 1 .dpta-3, vph-3 , neumococos 23- 12 influenza adulto-34, influenza niño-8. influenza gestantes2. total biologicos 56.
ntener actitud amable, colaborativa y petuosa con la comunidad y aboradores de la institución. omover en su área de prestación de vicios la participación de la munidad y de los diferentes actores ales, a favor de las actividades de ud.	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.
stir a reuniones programadas por la E y/o entidad territorial.	si	Se asiste a runiones programadas en el mes de mayo.	S e asistio a las reuniones según programacion y soporte en listados de asistencia,
rdar absoluta reserva de la rmación que sea conocida en arrollo del objeto de la orden, ya sea los particulares o relacionada con el pital.	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.
ocer y aplicar los lineamientos del grama con el fin de garantizar el plimiento de los objetivos generales specificos 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.

TAL A PAGAR (Número y letras): $1613,396 UN MILLON SEICIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS.

LISBEL DIAZ CC 52 280 595

Supervisor: [illegible]

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

V.B.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52280505		DIAZ LISBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 12 # 23 a 18 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	32120503	8478644244	I	2018/05/03	2018/05/07	BANCO DE OCCIDENTE	4	$242,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
1	CC	52280505	DIAZ LISBEL	231001	30		$781,242	$125,000	EPS002	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**

PAGADO

2018/05/07 04:28 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52280505		DIAZ LISBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 12 # 23 a 18 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	32120503	8478644244	I	2018/05/03	2018/05/07	BANCO DE OCCIDENTE	4	$242,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$400	$0	$125,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$125,000	$400	$0	$125,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$100	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$400	$0	$98,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$97,700	$400	$0	$98,100
TOTAL				1	$241,800	$900	$0	$242,700

PAGADO

2018/05/07 04:28 PM