| 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 DÌAZ | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 6 DE 6 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1108 | FECHA | 26/06/2018 | NÚMERO DE CRP | 28018 | FECHA | 30/06/2018 | | | |
| 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 | 7 | 2018 | | 30 | 7 | 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: | $9.680.370 |
| VALOR EJECUTADO | $9.680.370 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8480836148 | $781242 | $97.655 | $124.999 | 3 | $17.921 | $240.575 |

Dado en Bogotá en el mes de JULIO 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | 2<br>03/04/2017<br>04-S2-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ubicación del Servicio: | SU40 | | | | Sede: PUENTE ARANDA | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 0224-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | 1 | 7 | 2.018 | | 30 | 7 | 2.018 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LISBEL DIAZ | | C. C. | 52,290,506 | | | 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 AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : Si __X__ NO ____ Servicios: SI __X_ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Dar cumplimiento al Manual de Convivencia segun lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, 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. |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frio y y diligenciamiento de formatos establecidos 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. |
| Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar. | si | en el mes de julio 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 julio, |
| Realizar actividades de auxiliar de enfermeria intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la institución. | si | Se reemplazo paps bomberos | Se realizo oportunamente reemplazo paps bomberos |
| Informar y solicitar oportunamente al lider del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalias 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 oportunamente las actividades programadas de vacunacion, |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, asi 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 correspondiente a vacunacion. | 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 punto paps bomberos del mes de julio. | Biologicos aplicados 1ras dosis -3,2das dosis 8,3ras dosis -8,TV año completas -11,Refuerzo de 18 meses-9,Refuerzo de 5 años12,Td 9,. Td 3, influeza adulto 62. influenza 59. vph-7,dpta- 3 total biolicos-195, |
| 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 runiones programadas en el mes de julio. | 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 especificos del PAI. | si | Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes de julio. | Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa. |

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1613,395 UN MILLON SEICIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS.

LISBEL DIAZ CC 52 290 506. LISBELDIAZ

Supervisor: Jenny Andrea Alfonso O

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

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 |
| 2018-07 | 2018-07 | 68968772 | 8480836148 | I | 2018/07/04 | 2018/07/05 | BANCO DE OCCIDENTE | 1 | $242,100 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | 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