| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 |
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 |
| | Código: | 04-02-FO-0002 |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LORENA OROBIO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1087193559 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lorenaoro222@hotmail.com | | | | CELULAR: | 7274863 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN COVID KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10N04-1 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570003970748087 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6937 | | | VIGENCIA | 2021 | | |
| NÚMERO DE CDP | 224 | FECHA | 2022-01-17 14:24:37.000 | NÚMERO DE CRP | 7909 | FECHA | 2022-01-17 16:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2021-11-01 | | 2021-11-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,197,015 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A | | | | |

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: | $7,469,851 |
| VALOR EJECUTADO | $7,469,851 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,197,015 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9426348793 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2021. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. 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, | • Se da cumplimiento según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato | • Se cumplió con calidad, oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud. |
| 2. Implementar aspectos de planeación y seguimiento relacionados con el desarrollo de las actividades de Salud Pública | • Se aplicaron los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes de noviembre | • Se garantizó el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI aplicando los lineamientos del programa. |
| Brindar asesoría técnica y direccionamiento a la comunidad en temas como: SGSS, eventos de interés en Salud Pública, normatividad, según | • Realizar alistamiento de insumos para desarrollar el cumplimiento de cadena de frío según lineamientos | • Alistamiento de termos y paquetes fríos para la jornada diaria. |
| Verificar el cumplimiento, contenido y oportunidad de los informes entregados por los referentes de las diferentes Líneas o Proyectos Especiales a los diferentes entes según requerimientos. | • Se asiste a reuniones programadas en el mes de noviembre | • Se asistió a las reuniones según programación, soporte en listados de asistencia |
| Realizar seguimiento al proceso PAI | • Se aplicaron los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes de noviembre | • Se garantizó el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI aplicando los lineamientos del programa. |
| Realizar acciones de planeación, organización, coordinación, ejecución, monitoreo, control y evaluación de los procesos y procedimientos del Programa Ampliado de Inmunización. | • Se diligencia instrumentos y formatos a diario,carné de adultos,Aplicativo PAI en tiempo real y completo | • Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes diarios del mes. |
| . Asistir a diferentes eventos que le sean asignados y/o delegados. | • Al iniciar la actividad se hace verificación 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 líder del área. | • Al terminar actividades se entrega a diario los formatos diligenciados y los insumos restantes |
| . Alistar soportes y presentar auditorias programadas | • Se realiza las actividades de vacunación según lineamientos de la secretaria de salud, teniendo en cuenta la población objeto PAI según los protocolos del área vigentes. | • Se realizó con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunación |
| 9. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la subred, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, | • Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividades educación sobre la importancia de continuar con los diferentes programas de promoción y prevención | • Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promoción y prevención |
| Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad | • Se diligencia instrumentos y formatos a diario,carné de adultos,Aplicativo PAI en tiempo real y completo. | • Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes diarios del mes. |
| Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual. | se da respuesta al objetivo contractual con ideneidad en mis actividades | entrego productos acordemente a lo solicitao por el equipo de trabajo |
| 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 | se mantieneactitud adecuada con los usuarios y equipo de trabajo | se realiza diariamente abordaje a la comunidad de manera respetuosa para indagar y brindar informacion sobre vacunacion covid y esquema regular |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | se asiste a reuniones y actualizaciones acordadas | se firma formatos de asistencia |
| 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. | se mantiene reserva absoluta de datos a colocar en formatos | se entregan formatos con informacion clara y veras |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI. | se aplican lineamientos adecuadamente en mis actividades | se cumplen conactividades |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N° 11**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LORENA OROBIO PALACIOS**

**C.C 1087193559 de TUMACO (NARIÑO**

La suma de Dos millones ciento noventa y siete mil cero quince pesos $ 2.197.015 por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como **Auxiliar de enfermería** en la Dirección gestión de riesgo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE durante el periodo de 01 al 30 de NOVIEMBRE conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6937-2021

LORENA OROBIO PALACIOS

**LORENA OROBIO PALACIOS**

**C.C 1087193559 de TUMACO** (NARIÑO)

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 003970748087**

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 1087193559 | | OROBIO PALACIOS LORENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 81 H # 42 A SUR - 62 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-10 | 2021-10 | 1000000301 | 9426348793 | I | 2021/11/16 | 2021/11/18 | BANCO BOGOTA | 0 | $281,200 |

**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)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1087193559 | OROBIO LORENA | 230301 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS008 | 30 | $908,526 | $113,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $908,526 | $22,200 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |

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 1087193559 | | OROBIO PALACIOS LORENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 81 H # 42 A SUR - 62 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-10 | 2021-10 | 1000000301 | 9426348793 | I | 2021/11/16 | 2021/11/18 | BANCO BOGOTA | 0 | $281,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $281,200 | $0 | $0 | $281,200 |