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	9/11/2018	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ DARY PEREZ OROZCO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52189853						
CORREO ELECTRONICO:	luzdaryparez1975@hotmail.com				CELULAR:	3168264131						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K26	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62480898473								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4995-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 de 10			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2019		31	12	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.710.199									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							
OBSERVACIONES:										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15.448.798
VALOR EJECUTADO	$15.277.759
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.710.199
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$193.814
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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 **$2,070,290** 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
8338989712	$828.116,00	$103.515	$132.499	3	$20.173	$256.186

Dado en Bogotá en el mes de DICIEMBRE del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Jenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Dary Perez O

LUZ DARY PEREZ OROZCO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09			**Sede:**	**FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	4995-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.019		31	12	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ DARY PEREZ OROZCO		**C. C.**	52.189.853		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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 convivenvia en casa una de las actividades asignadas por el jefe inmediato.	Manual de convivencia firmado como aceptacion del mismo.
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,control de humedad relativa.	Se realiza a diario jornada mañana y tarde
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	Se mantiene el área de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las actividades	Limpieza y desinfeccion del area de trabajo , de lavado de termos y sanitizacion
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	De acuerdo a la asignacion por parte de los jefes inmediatos en este mes desarrolle activides de vacunacion Extramural casa a casa seguimientos y concentracion.	Registros de SIS diarios de vacunaciòn en cada uno de las estrategias.
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 finalizar la actividad se hace verificaciòn de los formatos e insumos diligenciados.	Se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan anomalias.
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 poblciòn objeto PAI según los protocolos del área vigentes.	Se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunación.
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 de manera clara y concisa y veraz sin tachones ni enmendaduras.	Se entrega de manera clara, completa y oportuna cada uno de los soportes diarios SIS y Kardex.
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 realiza educacion y orientacion al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad.	Se realiza demanda inducida a cada uno de los usuarios en los temas de promoción y prevenciòn.
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 educación a cada unode los usuarios brindando una atención segura.	Dar cumplimiento a la educación 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	se verifican datos para la realizacion del procedimiento	Diligenciamiento y entrega de carnet
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	si	apoyo a terminal aereo:520 FA Y 50 SYR, apoyo a punto movil terminal salitre:54 FA Y 50 SYR, 11 R2, 14 AÑO, 2 R1, 6 TERCERAS DE PENTA, 4 SEGUNDAS DE PENTA, 5 PRIMERAS DE PENTA, 212 INFLUENZAS	Se asiste a cada uno de los lugares programados según la estrategia de vacunación.
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	Mantengo buenas relaciones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios	Ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramural ni de los usuarios.
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	si	Se asiste al comité extramural de Diciembre 2019.	Firma listado 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.	si	se mantiene privacidad y etica hacia los usuarios	Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.710.199- UN MILLON SETECIENTOS DIEZ MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.

Luz Dary Perez O

LUZ DARY PEREZ OROZCO CC: 52189853

Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Alfonso

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

V.B.

Señor(es): LUZ DARY PEREZ OROZCO
Nit: CC 52189853
Dirección: CL 73 SUR 81B-53
Teléfono: 3133925913 **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	LUZ DARY PEREZ OROZCO
Tipo y número de identificación	52189853
Número de radicación planilla	8338989712
Fecha de pago	12/3/2019
Número de autorización de pago	1000000785
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Noviembre 2019
Periodo cotización pensión	Noviembre 2019
Periodo cotización caja	Noviembre 2019
Número de administradoras	4
Total Pagado	$272.900
Total interes mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$20.200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$132.500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$16.600	1
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	$103.600	1

PRIVADO