| 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: | FRANCY MILENA PUERTO APONTE | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 39875391 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | francy_pu@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3102788767 | | | | | | | |
| 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: | AV VILLAS | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 688836860 | | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4983-2019 | | | 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: | $17.156.997 |
| VALOR EJECUTADO | $16.930.970 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.710.199 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $226.027 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1025036105 | $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:

Francy Milena Puerto A

FRANCY MILENA PUERTO APONTE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 01/03/2018 |
| | | Código | FO-09 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | salud publica PIC Fontibon programas y acciones FO09 | | | **Sede** | FONTIBON | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 4983-2019 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 12 | 2.019 | | 31 | 12 | 2.019 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | FRANCY MILENA PUERTO APONTE | | **C. C.** | | 39.675.391 | DE | SOACHA | | |

**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 a las actividades asignadas por el Jefe inmediato con la calidad , oportunidad y pertinencia esperada de acuerdo al manual técnico administrativo PAI | kardex diario |
| 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. | sanetizacion. |
| 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 | registro de lavado de termos.sanitizacion |
| 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 | Durante la educacion se hace la demanda inducida de acuerdo a las nesecidades del usuario | se da cumplimiento y participacion en las diferentes tacticas de la institucion |
| 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 tiene conocimiento del procedimiento para la realizacion de las actividades | programado para final de mes |
| 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 | kardex diario |
| 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 promocion y prevencion | no aplica |
| 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 desecha los residuos según manual | se entrega a servicios generales |
| 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 | se aplica en el mes de diciembre S Y R =480 FA= 500 INFLUENZAS =15 R2=2 3 DE PENTA =2 ,1 DE PENTA =1 ,2 DE OENTA =1 | kardex diario |
| 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 | manual de convivencia |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | no | esta programada para el mes de DICIEMBRE | en espera del 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 | en mi prestacion del servicio |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,710,199 ( UN MILLON SETECIENTOS DIEZ MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE)

Francy Milena Puerto A

FRANCY MILENA PUERTO APONTE CC 39675391

Fecha DICIEMBRE 2019 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.

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de Seguridad Social |
| Fecha | 2019-12-03, 12:38:47 PM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | noviembre de 2019 |
| Periodo de Cotización Para Salud | noviembre de 2019 |
| Empresa | FRANCY MILENA PUERTO APONTE |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 39675391 |
| Código Sucursal (Nombre) | ( ) |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 8699636970 / 1025036105 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | |
| Banco | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| Valor | $ 256.300 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 132.500 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO | 1 | $ 103.600 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 20.200 | $ 0 |
| | | | SubTotales: | $ 256.300 | $ 0 |
| | | | Total a Pagar: | | $ 256.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!