| 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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Blanca Lucero Montoya Lopez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 66816490 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lml10.30@gmail.com | | | | CELULAR: | 3857936 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC COORDINACION CONVENIOS SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K33-6 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7700039662 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7233 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2354 | FECHA | 2024-11-13 16:04:13.000 | NÚMERO DE CRP | 70043 | FECHA | 2024-11-15 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-10-23 | | 2024-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,066,162 | | | | |
| 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: | $1,066,162 |
| VALOR EJECUTADO | $1,066,162 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,066,162 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9475067186 | $984,150 | $123,019 | $157,464 | 3 | $23,974 | $304,457 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
1022336479
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.Dar cumplimiento al Manual de Convivencia segun lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, específico para el PAI. | Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato , | manual de conviviencia firmado como aceptqacion del mismo. |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente. | Alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria. | se realiza diario joranada 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. | se realiza diario joranada mañana y tarde. | limpieza y desinfeccion del area de trabajo, de lavado de termos y 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. | de acuerdo a la asignacion por parte de los jefes inmediatos en este mes desarrolle actividades de seguimiento y casa a casa PAI extramural, teniendo encuenta contiegencia de COVID-19. Ademas se apoya proceso de digitacion para aplicación de vacuna covid-19 a primera linea en salud . | registro en aplicativo PAI deacuerdo a cada uno de las estrategias y pai web 2. |
| 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. | al finalizar la actividad se hace verificacion de los formatos e insumos diligenciados, todos los dias se debe informar signos y sintomas respiratorios al jefe. | 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. | 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 realiza las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo encuenta la poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes. |
| 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. | se diligencia de manera clara,concisa y veraz sin tachones ni enmendaduras. | se diligencia de manera clara,concisa y veraz sin tachones ni enmendaduras. |
| 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. | se realiza educacion y orientacion al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad y se educa ademas en medidas preventivas ante el COVID-19. | 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. | 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. | se verifican datos para realizar el procedimiento. | se verifican datos para realizar el procedimiento. |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución. | se apoya seguimientos casa casa vacunacion extramural, se realiza actualizacion de carné, diligenciameinto de sis, alistamiento de vacunas e insumos | se asiste a cada uno de los lugares programados según la estrategia de vacunacion. |
| 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. | mantengo buenas relaciones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios. | ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramurales ni de los usuariuos. |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | se asiste a comité extramural del mes de Octubre 2024 | 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. | se mantiene privacidad y etica hacia los usuarios. | se garantizo el cumplimiento de objetivos generales y especificos PAI aplicando los lineamientos del programa. |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
1022336479
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**BLANCA LUCERO MONTOYA LOPEZ**

**C.C 66.816.490 DE CALI**

La suma de (un millón sesenta y seis mil ciento sesenta y dos pesos), ($ 1066162), por concepto de servicios como (Técnico 1 Auxiliar de Enfermería) en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, durante el periodo del 23 al 31 de octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7233-2024.

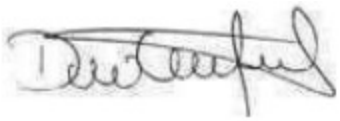
**BLANCA LUCERO MONTOYA LOPEZ**

**C.C 66.816.490 DE CALI**

**CUENTADE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO** 07700039662

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes OCTUBRE y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



**_____**
**DIANA CAROLINA DAZA MARTINEZ**
**Apoyo a la supervisión**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 66816490 | | MONTOYA LOPEZ BLANCA LUCERO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 64 c bis # 85-87 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4304724 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 34339520 | 9475067186 | I | 2024/10/22 | 2024/10/11 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $428,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | Aporte | Codigo | Dias | Aporte | Codigo | Días | Aporte | Codigo | Días | Tarifa | Aporte | Días | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 66816490 | MONTOYA BLANCA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $208,000 | EPS010 | 30 | $162,500 | CCF24 | 30 | $26,000 | 14-11 | 30 | 2.436 | $31,700 | 30 | $0 | No | $428,200 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $208,000 | | | $162,500 | | | $26,000 | | | | $31,700 | | $0 | | $428,200 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 66816490 | | MONTOYA LOPEZ BLANCA LUCERO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 64 c bis # 85-87 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4304724 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 34339520 | 9475067186 | I | 2024/10/22 | 2024/10/11 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $428,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $26,000 | $0 | $0 | $26,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$428,200** | **$0** | **$0** | **$428,200** |