| 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 | ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 9/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1015994400 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | pao.22.sandoval@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3104283072 | | | | | | | |
| 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 | 59695954225 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 73-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 8 DE 8 | |
| NÚMERO DE CDP | 1245 | FECHA | 08/27/2020 | NÚMERO DE CRP | 33827 | FECHA | 08/30/2020 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **OBJETO: 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. DIGITADOR -PAI** | | | | | | |

| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 9 | 2020 | | 30 | 9 | 2020 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.647.761 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $11.782.389 |
| VALOR EJECUTADO | $11.651.752 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.647.761 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $130.637 |
| 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 $ 2,194,507 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8609062185 | $877.803,00 | $109.725 | $140.448 | 3 | $21.383 | **$271.557** |

Dado en el mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAOLA VIAFARA

PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL
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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09 | | Sede: FONTIBON | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 73-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 9 | 2.020 | | 30 | 9 | 2.020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL | | C. C. | 1.015.994.400 | | DE | BOGOTA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: OBJETO: 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. DIGITADOR -PAI**

**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 según lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, específico 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 | se acepta y se firma el manual de convivencia |
| digitacion de los registros de vacunacion de la extrategia extramural | si | SE DIGITAN LOS REGISTROS DIARIOS DE VACUNACIÓN DEL GRUPO EXTRAMURAL Y DE ACUERDO A CADA ESTRATEGIA, REGISTROS DEL ESQUEMA REGULAR 3255 DE LA LOCALIDAD DE DE KENNEDY , APOYO DE BASE DE FIEBRE AMARILLA 90 | SE HACE EL REGISTRO MEDIANTE LOS SIS Y KARDEX DE LO VACUNADO POR EL GRUPO EXTRAMURAL PAI |
| actualizacion en el sofware los registos de vacunacion de la estrategia extramural | si | SE ACTUALIZAN LOS CARNET DE LOS NIÑOS EN EL SOFWARE DE LA SECRETARIA DE SALUD | SE REALIZA EN APLICATIVO LAS ACTUALIZACIONES DE CARNET DE VACUNACION |
| diligenciamineto del formato 8 (no ingreso) para cosolidado de fin de mes | si | SE DILIGENCIA EL FORMATOS DEL MOTIVO DE LOS NO INGREASADO. | SE DA CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO 7 |
| Ingreso de la información con atributos de calidad, coherencia, exactitud en los datos ingresados. | SI | HAY OBSERVACIONES ALGUNAS FALLAS DE CALIDAD DEL DATO COMO EL NUMERO DE IDENTIFICACION ERRORES TACHONES. Y EN OCASIONES FALTA INFORMACION EN LOS SIS, SE ASISTION A LA REUNION DE DATOS DE LAS INFORMACION A CARGO DE LA TECNICO | se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan oportunamente anomalías |
| Asistir a reuniones programadas locales y distritales | SI | SE ASISTIÓ A LAS REUNIONES PROGRAMADAS AL GRUPO EXTRAMURAL COMITÉ PAI | Programado fechas tentativas. |
| 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 CUMPLE A CAVALIDAD | SI SE CUMPLIO |
| 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 CUMPLE A CAVALIDAD | SI SE CUMPLIO |
| se hace entrega de los elementos de proteccion persona coivid-19 | SI | entrega de tapabocas, careta | SI SE ENTREGA |

OBSERVACIONES:

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.647.761 UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CECENTA Y UN PESOS Mcte**

PAOLA VIAFARA

PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL CC 1.015.994.400

Fecha :Firma de recibido supervisor:SEPTIEMBRE 2020 Yenny Andrea Alfonso B

V.B.

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL |
| IDENTIFICACION: | CC-1015994400 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2020-09-09 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2020-09-02 |
| FECHA DE PAGO: | 2020-09-07 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2020-08 |
| PERIODO SALUD: | 2020-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 8609062185 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8679976089 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 877.803 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 109.800 |
| 231001 | 800227940 | COLFONDOS | 1 | $ 877.803 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 140.500 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 877.803 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 | $ 21.400 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.700 | $ 271.700 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 02/10/2020 |

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 09/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL

CC 1.015.994.400 DE BOGOTA

La suma de 1.647.761, Un millón seiscientos cuarenta y siete mil setecientos sesenta y un peso por concepto de prestación de servicio como BACHILLER DIGITADOR - TECNICO 3 durante el periodo del 01 al 30 de SEPTIEMBRE de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 73/2020

PAOLA VIAFARA

PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL

CC 1.015.994.400 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 59695954225