

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA				Versión	1		
					Fecha de aprobación	09/11/2016		
					Código:	15-02-FO-0002		

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LADY JOHANNA LOPEZ MONROY									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52785427				
CORREO ELECTRONICO:				lopezjohanna233@gmail.com				CELULAR:		3504775618			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				FO09									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD PÚBLICA 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:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				475000074256						PENSIONADO		NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				101-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 de 3	
NÚMERO DE CDP		505 / 468	FECHA	03/04/2020 / 30/03/2020	NÚMERO DE CRP		20505 / 19460	FECHA	04/04/2020 / 31/03/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencia en el área 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. AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI.							
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
					1	4	2020		30	4	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.710.199							
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0			
OBSERVACIONES:											

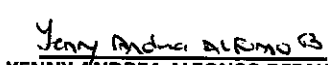
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO								VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$5.301.617 /			
VALOR EJECUTADO								\$5.130.597 /			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.710.199 /			
VALOR A LIBERAR								\$0			
SALDO POR EJECUTAR								\$171.020 /			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								97% /			

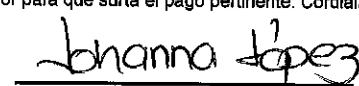
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
8341513208 /	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

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


YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


LADY JOHANNA LOPEZ MONROY
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

2

09/04/2017

04-02-FO-0008

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

BOGOTÁ

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FOD9				SEDE: FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	101-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	4	2020		30	4	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LADY JOHANNA LOPEZ MONROY				C. C.	52.785.427	DE	BOGOTA	
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									
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐									
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS					PRODUCTOS ENTREGADOS		
Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaría Distrital de Salud, específico para el PAI.	si	Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato.					Se cumple con el manual de convivencia con calidad, oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud.		
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	si	Alistamiento de termos y paquetes fríos para la jornada diaria.					Realizar alistamiento de termos y paquetes fríos para desarrollar el cumplimiento de cadena de frío según lineamientos.		
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	en el mes se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas.					Se realiza sanitización al finalizar la actividad del termo y elementos de vacunación durante el mes		
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	Se realizo actividad de seguimientos en la localidad de fontibon y en el mes					Se realizo oportunamente la actividad de seguimientos en la localidad de fontibon en el mes		
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 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 area.					Al terminar la actividad se entrega a: 150, carnes de niños y adultos, jeringas, algodón, agua esteril, contenedores de parades fglidas, bolsa roja, gris y verde, supragel, jabon quirúrgico		
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 vacunación según lineamientos de la secretaria de salud teniendo en cuenta la población objeto PAI según los protocolos del area vigentes.					Se realizo con calidad y oportunamente las actividades		
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 a: 151 carnes niños y adultos, Aplicativo PAI en tiempo real y completo.					Se entrega de manera clara, completa y oportuna cada uno de los soportes como a: si.		
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 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.		
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 uno de 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	Verificar e interpretar según la normalidad vigente cada carne de niños y adultos para así realizar el procedimiento correspondiente a vacunación.					Se realiza lectura de cada uno de los carnes debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados.		
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la Institución.	si	Se realizo para el cumplimiento de metas en puntos extramurales durante el mes.					segundas de penta:5, terceras de penta:5, viral de año:5 R2:1, apoyo en verificación de bases colegios distritales.		
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	Se brinda a la comunidad y colaboradores de la Institución una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud.					Se da a la comunidad y colaboradores de la Institución una actitud respetuosa y amable y colaborativa.		
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	si	Se asiste a reuniones programadas en el mes					Se asiste a las reuniones según programación y soporte en listados 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 realiza absoluta reserva de la información que se da a conocer en el desarrollo de las actividades.					Se guarda absoluta reserva de la información conocida en cada una de las actividades desarrolladas y relacionadas con el hospital.		
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.	si	Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes					Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI aplicando los lineamientos del programa.		
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1,710,199 UN MILLÓN SETECIENTOS DIESMIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.									
<div><div><div><div></div><div>Johanna Lopez</div><div>LADY JOHANNA LOPEZ MONROY CC 52785427</div></div></div></div>						<div><div><div><div></div><div>Fecha: 10/04/2017</div><div>Supervisor: Jony Andres Alvarado</div></div></div></div>			
Nota: El Informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.									

Señor(es): LADY JOHANNA LOPEZ MONROY
Nit: CC 52785427
Dirección: CALLE 22 L No 120 A - 03 FONTIBON
Teléfono: 4180857 **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:



Nombre	LADY JOHANNA LOPEZ M
tipo y número de identificación	52101497
Número de radicación planilla	300113208
Fecha de pago	4/3/2020
Número de autorización de pago	11164695
Banco	1023
Valor Comisión	\$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Marzo 2018
Periodo cotización pensión	Marzo 2018
Periodo cotización caja	Marzo 2018
Número de administradoras	4
Total Pagado	\$277.000
Total interes mora	\$0

[illegible]