| 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. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NANCY EDITH GARCIA OBANDO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1123320562 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | nancyedith_0405@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3138455037 | | | | | | |
| 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: | BANCO CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24088495673 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4372-2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 11 de 11 | | | | |
| 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 | 1 | 2020 | | 31 | 1 | 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: | $18.648.525 |
| VALOR EJECUTADO | $18.641.169 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.710.199 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $7.356 |
| 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 **$2,070,290** 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1025733806 | **$828.116,00** | **$103.515** | **$132.499** | 3 | **$20.173** | **$256.186** |

Dado en Bogotá en el mes de ENERO 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:

Nancy García

**NANCY EDITH GARCIA OBANDO**
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 | 03/04/2017 | |
| | | Código | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09 | | FONTIBON | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 4372-2019 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 1 | 2.020 | | 31 | 1 | 2.020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NANCY EDITH GARCIA OBANDO | | C. C. | 1.123.320.562 | | | DE | ORITO | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area del 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 |
|---|---|---|---|
| 1.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 convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato. | manual de conviviencia 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. | 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. | si | se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las atividades | 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 actividades de vacunacion extramural y concentracion en la localidad de fontibon. | registro de SIS diarios de vacunaion en cada uno de las estrategias. |
| Informar y solicitar oportunamente al lider del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalias en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia. | si | al finalizar la actividad se hace verificacion 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 poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes. | se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunacion. |
| 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,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 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. | si | 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. | si | se verifican datos para realizar el procedimiento y se ingresa al aplicativo pai. | diligenciamiento y entrega de carnet. Aplicativo pai. |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución. | si | En el mes de ENERO 2020 Realizo apoyo al terminal aereo en la localidad de fontibon aplicando fiebre amarilla 200 dosis sarampion y rubeola 100 dosis, td 13 dosis, influenzas adulto mayor de 60:10, se realiza casa a casa aplicando influenza cronico 80 influenza gestantes 5. Influenzas niños 10, terceras 8, segundas 5, tv de año10, tv de 5años 7 R1 6. | 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. | si | mantengo buenas relaciones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios. | ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramurales ni de los usuarios. |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | si | En el mes de ENERO se asiste a comité extramural | 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 objetivos generales y especificos PAI aplicando los lineamientos del programa. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.710.199 Un millon setecientos diez mil ciento noventa y nueve pesos m/c**

Nancy García

NANCY EDITH GARCIA OBANDO CC: 1.123.320.562

Fecha dd/mm/aaaa

Firma de recibido supervisor Yeny Andrea Arango

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** | 2020-01-02, 12:33:55 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2019 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | diciembre de 2019 |
| **Empresa** | NANCY EDITH GARCIA OBANDO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1123320562 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8810616590 / 1025733806 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 272.900 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 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 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | $ 16.600 | $ 0 |
| | | | **SubTotales:** | $ 272.900 | $ 0 |
| | | | **Total a Pagar:** | | $ 272.900 |



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.

¡El Poder