| 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 Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LIZETH ACOSTA MONCALEANO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 39678131 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | acostaliseth12@gmail.com | | | | CELULAR: | 3143221299 | | | | | | |
| 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 DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570007380742861 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 140 -2020 | | | | | | 11 de 11 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1722 | FECHA | 2020-11-26 | NÚMERO DE CRP | 51470 | FECHA | 2020-11-30 | | | |
| 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. Tecnico Auxilia de enfermeria | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 12 | 2020 | | 31 | 12 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,197,015 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES: NINGUNO

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $22,919,478 |
| VALOR EJECUTADO | $22,553,309 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2,197,015 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $366,169 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 98% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **8347141596** | 1,033,000 | **$129,125** | **$165,280** | 3 | **$25,200** | **$319,605** |

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

Jenny Andrea Alfonso B

**YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LIZETH ACOSTA M

**LIZETH ACOSTA MONCALEANO**
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<br>Fecha de aprobación: 03/04/2017<br>Código: 04-02-FO-0003 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | SALUD PUBLICA - PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES - FO09 | | | | | | **Sede: FONTIBON** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | **140 -2020** | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** | | |
| | | | 1 | 12 | 2,020 | | 31 | 12 | 2,020 | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | **LIZETH ACOSTA MONCALEANO** | | **C. C.** | 39,678,131 | | **DE** | SOACHA | | | | |

**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. Tecnico Auxiliar de Enfermeria.

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos :** SI __X__ NO ____ **Servicios:** SI ___ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Realizar, liderar o apoyar las diferentes actividades: toma y envío de muestras, vacunación, suplementación, citología (si fuera necesario), en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a los proyectos especiales o Territorios y/o componentes a los que sea designado, afines al perfil laboral conforme a lo establecido por lineamientos, estándares y portafolio en el contrato vigente entre la Sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E Unidad de servicios de salud Fontibón y la Secretaría Distrital de Salud. | SI | FORMATO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS 1, 2, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 24 , 27, 30, de DICIEMBRE 2020 | FORMATO DE SDS Y FORMATO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS |
| Brindar asesoría técnica, atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad en temas como: SGSS, vacunación, eventos de interes en Salud Pública, normatividad Sanitaria y Ambiental, según línea de intervención o actividad al que sea designada. | NO | NO APLICA | NO APLICA |
| Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnético de fácil consulta y verificación con el censo actualizado, conforme a lo establecido por los lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud y la Sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E Unidad de servicios de salud Fontibón | SI | SEGUIMIENTO TELEFONICO SE ENTREGA (35 USUARIOS) Diciembre 2020 | FORMATO SEGUIMIENTO TELEFONICO |
| Apoyo a las acciones de las diferentes actividades de las líneas de acción de Salud Pública o portafolio de servicios institucionales cuando sea requerido. | SI | ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS Y ENVIO POR CORREO ELECTRONICO A LA LIDER DEL PROGRAMA EL 14 Y 29 DE Diciembre 2020 | CORREO ELECTRONICO |
| Atención, recepción, seguimiento y/o canalización de casos acorde a la situación de vulnerabilidad de la comunidad. | NO | NO APLICA | NO APLICA |
| Atender el servicio de vacunación asignado y diligenciar completamente los formatos de seguimiento del programa, informar a los usuarios el esquema de vacunación y las posibles reacciones post-vacunales que se puedan presentar. | NO | NO APLICA | NO APLICA |
| Notificar al área de Vigilancia los usuarios que no puedan ser vacunados, los eventos de notificación obligatoria,. | NO | NO APLICA | NO APLICA |
| Controlar diariamente la temperatura de la nevera donde están los biológicos de vacunación; realizar el lavado de nevera de acuerdo a programación establecida. | NO | NO APLICA | NO APLICA |
| Avisar oportunamente a la referente del programa cuando el inventario de biológico esté próximo a agotarse. | NO | NO APLICA | NO APLICA |
| *Cumplir y vigilar la adherencia a la tecnica de asepsia, antisepsia y adherencia al manual de* bioseguridad. | SI | ACTIVACION DE CANALIZACIONES A EAPB Y SDS ENVIO DE BASE DATOS A SISTEMAS DE INFORMACION SDS Diciembre DEL 2020 | SOPORTES DE CORREOS ELECTRONICOS |
| Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material e insumos necesarios para la prestación del servicio y realizar el registro de fechas de vencimiento, registro INVIMA y lote de fabricación. | SI | VERIFICACION DE TEMPERATURA DE MEDICAMENTOS RECOGER MEDICAMENTOS SDS , 16 Y 30 Diciembre 2020 | SOPORTE DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS |
| Realizar caracterizaciónes, seguimientos, educación individual o grupal a las familias propias del Terriotio asignado en los formatos preestablecidos por la SDS y la Sub red integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E | SI | VERIFICACION DE TEMPERATURA DE MEDICAMENTOS Diciembre 2020 | SOPORTES DE CORREOS ELECTRONICOS |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras):** **$ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS MCTE**

LIZETH ACOSTA MONCALEANO

CONTRATISTA LIZETH ACOSTA MONCALEANO CC:39678131

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jony Andres Arenas B

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

**Señor(es):** LIZETH ACOSTA MONCALEANO
**Nit:** CC 39678131
**Dirección:** CALLE 23 F 98 38
**Teléfono:** 3143221299 **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:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | LIZETH ACOSTA MONCALE |
| Tipo y número de identificación | 39678131 |
| Número de radicación planilla | 8347141596 |
| Fecha de pago | 12/4/2020 |
| Número de autorización de pago | 4149228 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Noviembre 2020 |
| Periodo cotización pensión | Noviembre 2020 |
| Periodo cotización caja | Noviembre 2020 |
| Número de administradoras | 4 |
| Total Pagado | $340.400 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $25.200 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | $165.300 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | $20.700 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $129.200 | 1 |

PAGADO 4149228

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 12/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LIZETH ACOSTA MONCALEANO

CC 39.678.131 DE SOACHA

La suma de $ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE QUINCE PESOS MCTE, por concepto de servicios AUXILIAR DE ENGERMERA TECNICO 1 durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 140/2020

LIZETH ACOSTA MONCALEANO

CC 39.678.131 DE SOACHA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570007380742861