

83

 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 TESORERÍA	Versión	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 2010 Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación:	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ESPERANZA HERRERA CONTRERAS											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				52.314.981				
CORREO ELECTRONICO:				valenzie108@hotmail.com				CELULAR				3143953554			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FONTIBON				SEDE:				PIC			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		FO09K32	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:				AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				007500928044								PENSIONADO		NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				844 - 2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 5 DE 8			
NÚMERO DE CDP		823	708	FECHA	30/05/2020	30/04/2020	NÚMERO DE CRP	27378	25753	FECHA	3/06/2020	03/05/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:				El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral, prestara sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERÍA de subred integrada de servicios de salud suroccidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No.0077-217 suscrito en el Fondo Financiero Distrital de Salud.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					1	6	2020		30	6	2020				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.197.017											
TIPO DE SERVICIOS				PIC				RESERVA DE GLOSA 2%				\$0			

OBSERVACIONES: Se realiza aporte al fondo de pensiones por 3% de acuerdo al beneficio de pago parcial a pension reglamentado en la resolución 696 de 2020

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$13.383.160
VALOR EJECUTADO	\$8.242.158
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.148.333
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$5.141.002
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	70%

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 \$2.194.508 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

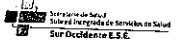
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1029571811	\$877.803,00	\$109.800	\$26.400	3	\$21.400	\$157.600

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

Claudia Patricia Prieto Caicedo
CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Esperanza Herrera Contreras
ESPERANZA HERRERA CONTRERAS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

PR

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC- FO09	Sede: FONTIBON														
No. DE CONTRATO:	844/2020	Periodo certificado desde el														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ESPERANZA HERRERA CONTRERAS	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>2020</td> <td></td> <td>30</td> <td>6</td> <td>2020</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	6	2020		30	6	2020
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
1	6	2020		30	6	2020										
OBJETO DEL CONTRATO:	El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Auxiliar de Enfermería de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente															

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI X NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	instrumentos de identificación de necesidades de atención en acciones de protección específica, detección temprana (P Y D) e identificación de alertas en salud espacio vivienda Reuniones de equipo	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años a necesidad	Formato de activación de rutas
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional según rutas activadas	Matriz de unidad de análisis e implementación.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	de notificaciones de eventos de interés en salud pública realizadas por el profesional	Formato de notificación comunitaria o de interés en salud pública
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	individuos intervenidos por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de análisis e implementación.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID-19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel Distrital para la identificación de casos nuevos y búsqueda de contactos	SI	Apoyo en actividades de notificación de evento COVID, revisión de laboratorios, Historias Clínicas y seguimiento telefónico a pacientes	Fichas de notificación, base de seguimiento telefónica a pacientes COVID

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES (\$ 2.148.333)

<p><i>Esperanza Herrera C</i></p> <p>ESPERANZA HERRERA CONTRERAS C.C. 52.314.981</p> <p>CONTRATISTA:</p>	<p>Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>Clayton Patricia Pino C.</i></p>
--	--

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

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-06-11, 03:09:38 PM

Tipo Planilla 1

Número Planilla 1029571811

Referencia pago(PIN) 8803635800

Periodo Cotización 202005

Periodo Servicio 202005

Cliente:

PAGADA 2020-06-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ESPERANZA HERRERA CONTRERAS	Dirección	CRA 82 T # 85 SUR
Documento	CC 52314981	Teléfono	3143953554
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Identificación	
Representante Legal			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52314981	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres		Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00			HERRERA CONTRERAS ESPERANZA		11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades		S. Invalidez		Pensión		Salud		Riesgos		Caja		Parafiscales	
ING		ING		ING		ING		ING		ING		ING	
RET		RET		RET		RET		RET		RET		RET	
TDE		TDE		TDE		TDE		TDE		TDE		TDE	
TAE		TAE		TAE		TAE		TAE		TAE		TAE	
TDP		TDP		TDP		TDP		TDP		TDP		TDP	
VAP		VAP		VAP		VAP		VAP		VAP		VAP	
VST		VST		VST		VST		VST		VST		VST	
COR		COR		COR		COR		COR		COR		COR	
SUN		SUN		SUN		SUN		SUN		SUN		SUN	
LMA		LMA		LMA		LMA		LMA		LMA		LMA	
VAC		VAC		VAC		VAC		VAC		VAC		VAC	
AVP		AVP		AVP		AVP		AVP		AVP		AVP	
VGT		VGT		VGT		VGT		VGT		VGT		VGT	
IRP		IRP		IRP		IRP		IRP		IRP		IRP	
Dias AFP		Dias AFP		Dias AFP		Dias AFP		Dias AFP		Dias AFP		Dias AFP	
Dias EPS		Dias EPS		Dias EPS		Dias EPS		Dias EPS		Dias EPS		Dias EPS	
Dias AND		Dias AND		Dias AND		Dias AND		Dias AND		Dias AND		Dias AND	
Dias CCF		Dias CCF		Dias CCF		Dias CCF		Dias CCF		Dias CCF		Dias CCF	
0	30	00	30	0									

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SUPA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 28.400	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 21.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 157.600

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Esparanza

Apellidos:

Herrera

Documento
de identidad:

C.C.

Pasaporte

No:

52314984

Fecha de
Nacimiento:

Día

08

Mes

1

Año

1976

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		22 NOV 2017	US0217017	18-04-18
		3/06/20	US02200153/21	USPONTA.9
Virus de Papiloma Humano				

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 06/2020
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ESPERANZA HERRERA CONTRERAS

CC 52314981 DE BOGOTA

La suma de 2148333 por concepto de servicios Auxiliar de Enfermería - Técnico 1 durante el periodo de 01 al 30 de junio 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 844/2020

Esperanza Herrera C.

Nombre del contratista

CC 52314981 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7500928044

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Esparragoza

Apellidos:

Herrera

Documento
de identidad:

C.C. No. *52314981*

Pasaporte No. *52314981*

Fecha de
Nacimiento:

Día *08* Mes *10* Año *1976*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	<i>22 NOV 2017</i>	<i>050217012</i>	<i>18-24-12</i>	
	<i>3/06/20</i>	<i>US02200153/21</i>	<i>US02200153/21</i>	
Virus de Papiloma Humano				