77

	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-SO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIDA MILEIDY GOMEZ TRUJILLO											
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	C.E		NO.	52811380						
CORREO ELECTRONICO:	LIMAJO_14@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3133426289						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de	%	Centro de	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de	%
	FO09K32	100%										
0	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300745176								PENSIONADO	NO		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	849-2020			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 11 DE 12			
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	51972	FECHA	30/11/2020			
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 TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contrato/convenio/administrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.									
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							

OBSERBACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22.537.389
VALOR EJECUTADO	$22.171.220
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$366.169
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 $2.194.508, 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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1033198791	$878.806,00	$109.900	$140.700	3	$21.500	$272.100

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

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LIDA MILEIDY GOMEZ TRUJILLO
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Ubicación del Servicio:	PIC -ESPACIO VIVIENDA				**Sede:** Fontibon				
No. DE CONTRATO:	849-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	a	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2 020		31	12	2 020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIDA MILEIDY GOMEZ TRUJILLO		**C. C.**	52811380			**DE**	BOGOTA	

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 enfermeria 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	SI	actualizacion de datos de usuarios capitados con capital salud	Cartas de compromiso Actas de reunión de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual Formato de caracterizacion social y ambiental
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	SI	formatos de identificacion de usuarios capitados con capital salud	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	se les indica a los usuarios importancia de la asignacion de las citas y asistir a ellas, para el evento o programa que tiene pendiente según base de datos	Matriz de unidad de analisis 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	SI	de notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el perfil a cargo	no se presentan notificaciones de este mes
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	SI	se intervienen individuos por el perfil auxiliar de enfermeria brindando infrmacion sobre deberes y derechos en salud , la importancia de asistir a programas de p y d	Matriz de unidad de analisis 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 preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	Cartas de compromiso Actas de reunión de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual Formato de caracterizacion social y ambiental
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	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	Cartas de compromiso Actas de reunión de analisis y cartografia Matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual Formato de caracterizacion social y ambiental
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	NO	Participación en reunión de equipo y asistencias tecnicas programadas (registrar la asistencia tecnica en la que se participo) por el momento no se han programado	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación
Reelaizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID-19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación de casos nuevos y busqueda de contactos.	SI	Apoyo e actividades de notificación de evento COVID, revisión de laboratorios, historias clinicas,se realizan a diario 60 seguimiento telefonico a pacientes.	Fichas de Notificación, base de seguimientos telefonicos a pacientes COVID.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL CERO QUINCE

LIDA MILEIDY GOMEZ CC52811380	Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadanía
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadanía
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 12/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LIDA MILEIDY GÓMEZ TRUJILLO

CC 52811380 DE BOGOTÁ D.C.

La suma de $ 2.197.015, Dos Millones Ciento Noventa y siete Mil quince, por concepto de servicios Auxiliar de Enfermería Técnico 1, durante el periodo de 01 al 31 de diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 849/2020.

LIDA MILEIDY GÓMEZ TRUJILLO

CC 52811380 de BOGOTÁ D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 7300745176

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	2020-11-20, 01:06:14 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2020
Empresa	LIDA MILEIDY GOMEZ TRUJILLO
CEDULA CIUDADANIA	CC 52811380
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8803136570 / 1033198791
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	46812861
Banco	(1023) - BANCO DE OCCIDENTE
Valor	$ 289.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 140.700	$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 109.900	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 21.500	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 17.600	$ 0
		SubTotales:		$ 289.700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 289.700

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 de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.