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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARY LIZETH MENDOZA PALOMINO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E			NO.	1.007.818.492						
CORREO ELECTRONICO:	marylizethmp8@gmail.com					CELULAR:	3227929819						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FONTIBON							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	F009					SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	F009K32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	Bancolombia					TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	67386440198						tipo de cuenta	No					

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6128-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 6			
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	**NÚMERO DE CRP**	57526	FECHA	16/12/2020			
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 SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. Auxiliar de enfermería.									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$0					

OBSERVACIONES:(Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.325.971
VALOR EJECUTADO	$10.325.971
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
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 **$2.194.508** 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 PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8347546164	$878.806	$109.900	$140.700	3	$21.500	**$272.100**

Dado en Bogotá el mes de ENERO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Patricia Prieto

CLAUDIA PATRICIA PRIETO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Mary Lizeth Mendoza Palomino

MARY LIZETH MENDOZA PALOMINO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0503

Ubicación del Servicio:	VSP			**Sede:** Unidad de Servicios Fontibon							
No. DE CONTRATO:	6128-2020	**Periodo certificado desde el**		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
				1	1	2.021		31	1	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARY LIZETH MENDOZA PALOMINO		**C. C.**	1.007.618.492			**DE**	CHAPARRAL			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion 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 ESE de acuerdo al requerimiento Institucional - Auxiliar de Enfermería Técnico 1.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Realizar 60 seguimientos telefonicos de casos indices y contactos estrechos de alertas por COVID-19, verificando sintomatologia respiratoria de acuerdo a los protocolos establecidos; brindando educacion en cuidados, prenvencion de contagio y signos de alarma.	Bases de excel, reporte de seguimiento diario y tablero de relacion de casos por colaborados donde se reportan los 60 seguimientos a los usuarios quienes se le verifico sintomatologia respiratoria a y las respectivas recomendaciones y signos de alarma frente al COVID-19.
2. 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.	SI	Apoyo tecnico y operativo de la vigilancia en salud publica por medio de las acciones de brindar información y educacion a los usuarios frente a las medidas de proteccion que se deben tener en cuenta frente a la situacion del COVID - 19 que se esta presentando a nivel mundial, en cuanto al reconocimiento de sintomatologia, rutas de atencion y recomendaciones a tener en cuenta	Base de excel donde se reportan los 60 seguimientos telefonicos, a los que se les brindo la educacion y las respectivas recomendaciones, señalando quien es de ellos han presentado sintomatologia respiratoria.
3. Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demas acciones requeridas por el Espacio Públic	SI	Se brinda la información y educación a los usuarios frente a las recomendaciónes de pautas de autocuidado y prevencion de contagio del COVID - 19	Consolidado e informes diarios de los 60 seguimientos telefonicos de los casos indice con sus respectivos contactos.
4. Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.	SI	Planeación y alistamiento de las llamadas telefonicas, para brindar informacion frente educación, socialización frente a pautas de autocuidado en la prevención del contagio del COVID-19. Educación en lavado de manos a la comunidad Educación en etiqueta de tos. Educación en uso adecuado de tapabocas	Consolidados por excel distribuidos por familias para dar cumplimiento a los 60 seguimientos diarios, brindando respectiva informacion de autocuidado frente a COVID-19.
5. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	SI	Sensibilizacion a los usuarios frente al autocuidado y cuidado de sus familias tomando medidas como el alsamiento, lavado de manos y etiqueta de tos, tener presente sintomatologia y rutas de atencion; plan de cuidado frente a usuarios con condiciones cronicas	Bases de excel, reporte de seguimiento y tablero de relacion de casos, con reporte de 60 seguimientos diarios
6. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	SI	A partir de la Educación y recomendaciones brindadas se promueve la adopción de practicas que contribuyan a un autocuidado frente al uso adecuado del tapabocas, etiqueta de tos lavado de manos; y tener presenta sintomatologia y rutas de atencion frente al COVID - 19	Bases de excel, reporte de seguimiento y tablero de relacion de casos, con reporte de 60 seguimientos diarios
7.Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	Sensibilizacion por medio de la educacion a los casos indices y contactos sobre los signos de alarma, sintomatologia, cuidados y protocolo frente al COVID-19.	Reporte de los 60 seguimientos telefonicos diarios
8. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud	SI	Se recibe informacion sobre el desarrollo de las actividades. Participacion, capacitacion de la SUBRED sobre evento asociado y protocolo frente al COVID- 19	Participacion del conversatorio frente al COVID-19, presetando respectiva PRE Y POST TEST.
9. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	SI	Priorizar atencion a usuarios con condiciones cronicas para educar frente a la importancia de alimentacion saludable y actividad fisica dentro del hogar. Adicional educar a la poblacion frente al cuidado prevencion del COVID-19	60 seguimientos telefonicos reportados en bases de excel , reporte de seguimiento
10. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	SI	Incentivar a los usuarios a poner en practica las recomendaciones la educacion ofrecidas por los profesionales. Para que de esta misma forma puedan seguir participando en el autocuidado de su salud, enfatizando en las medidas de prevencion frente al contagio del COVID-19	Registro de los 60 seguimientos telefonicos.
11. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	SI	Se realizó la consolidación y registro de datos en la matriz digital de todos los usuarios que fueron educados y sensibilizados frente a la prevencion y contagio del COVID-19; y pautas de autocuidado en caso de condicion cronica	Excel de los 60 seguimientos diarios a contactos indices y estrechos.
12. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Revision y consolidacion de los usuarios educados y sensibilizados haciendo respectiva entrega de los mismos	Bases con reporte de 60 seguimientos diarios, informe de seguimientos y tablero de relacion de casos.
13. Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos, de proteccion personalque permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emenedas por el nivel distrital para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	SI	Se realizan actividades acordes con los lineamientos enmarcados en el area de vigilancia en salud publica para la contencion de COVID 19	bases de datos en excel de seguimiento de casos probables y positivos con sus respectivos contactos de pacientes COVID - 19 de acuerdo al formato establecido y al evento: Informes diarios, semanal y mensuales de acuerdo a necesidad. Actividades de acuerdo a la dinámica del evento conforme a los lineamientos del INS y el Ministerio de salud, Actas de gestiones y reuniones

OBSERVACIONES

TOTAL A PAGAR ($2,197,615 Dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos m/cte)

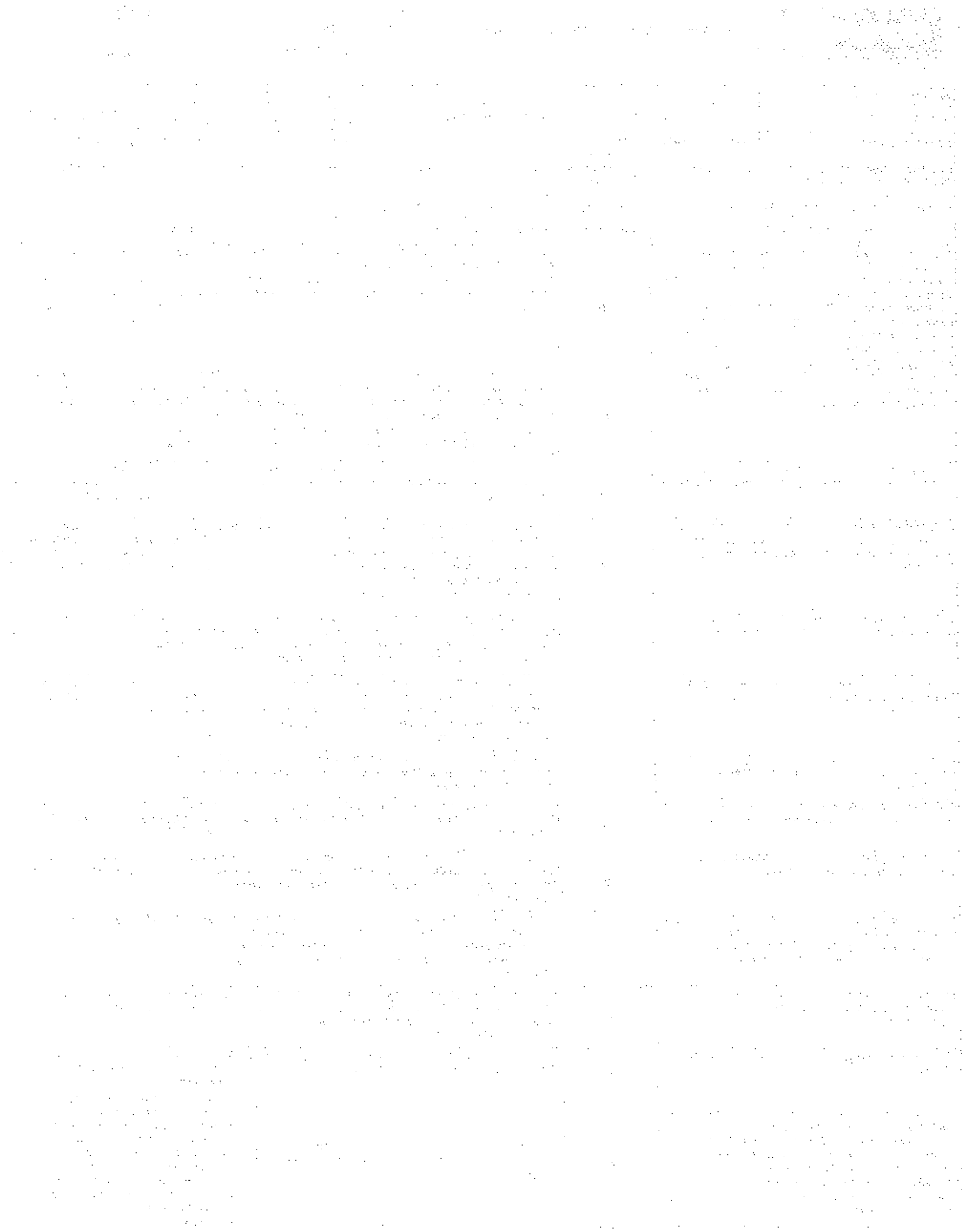
Mary Lizeth Mendoza Palomino

MARY LIZETH MENDOZA PALOMINO CC. 1007618492 DE CHAPARRAL TOLIMA

Claudia Ramirez

supervisor

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



DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01-2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARY LIZETH MENDOZA PALOMINO

C.C. 1007818492 DE CHAPARRAL TOLIMA

La suma de ($ 2,197,015 Dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos m/cte), por concepto de servicios Auxiliar de Enfermería Técnico 1 durante el periodo del 01 al 31 de Enero del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 6128-2020

Mary lizeth Mendoza Palomino

MARY LIZETH MENDOZA PALOMINO

CC 1007818492 de Chaparral Tolima

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 67386440198

Señor(es): MARY LIZETH MENDOZA PALOMINO
Nit: CC 1007818492
Dirección: KR 79 c bis 59 70 sur
Teléfono: 3227929819 **Fax:** 3227929819
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:

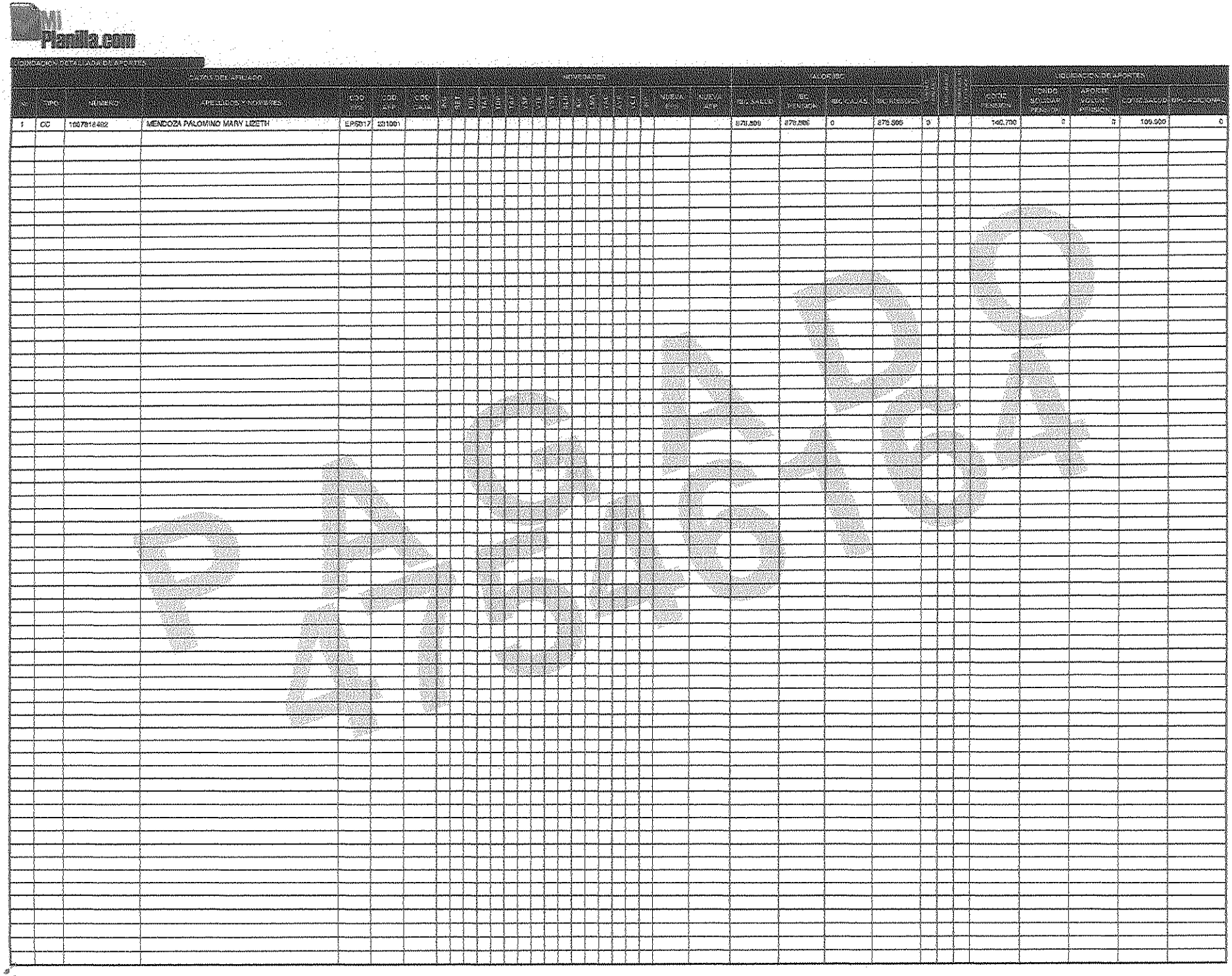
Mi Planilla.com

Nombre	MARY LIZETH MENDOZA PA
Tipo y número de identificación	1007818492
Número de autorización planilla	8347546164
Fecha de pago	1/12/2021
Número de autorización de pago	47546164
Banco	1052
Valor Convenio	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Diciembre 2020
Periodo cotización pensión	Diciembre 2020
Periodo cotización ARL	Diciembre 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$272.100
Total Interés mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$21.500	1
231001	Colfondos	$140.700	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$109.900	1

PAGADO



No.	TIPO	NÚMERO	PRIMER APELLIDO / NOMBRES	ADC	ADP	ADS	DIAS	VSP	SLN	IGE	IRL	LMA	VAC	VCT	AVP	VST	SLE	IGE	RLM	AUSENTISMO	NOVEDAD	IBC	SALARIO	AUXILIO	HORAS EXTRAS	VACACIONES	INCAPACIDAD	LICENCIA MATERNIDAD	VACACIONES	INCAPACIDAD	LICENCIA MATERNIDAD	APORTE VOLUNTARIO	APORTE VOLUNTARIO AFC	APORTE VOLUNTARIO AVC	APORTE VOLUNTARIO AFC	APORTE VOLUNTARIO AVC	RETENCIÓN
1	CC	1007818482	MENDOZA PALOMINO MARY LIZETH	EPS017	331001																	875,599	875,599	0	875,599	0												0

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