| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 1 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/11/2015 |
| | | Código | TSAG-PO-F022 |

**INFORMACION DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | $1721057 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | luzstellaangel100@gmail.com | | | | CELULAR: | 3138379453 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACION 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 | 71446552548 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

**INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 478/2020 | | | Nº DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 5 DE 6 | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | |
| | 1331 | | 25/09/2020 | | 43339 | | 30/09/2020 | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar Servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.-higienista oral | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 10 | 2020 | | 31 | 10 | 2020 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,197,015 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | | | $0 | | | | |

OBSERVACIONES: NINGUNA

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $12,019,520 |
| VALOR EJECUTADO | $12,019,519 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,197,015 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCION | 100% |
| TIPO DE SERVICIOS: PIC — RESERVA DE GLOSA 2% | $0 |

**OBSERVACIONES:** Ninguna

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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9410423483 | $878,806,00 | $109.851 | $140.609 | 3 | $21.400 | $272.100 |

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

Claudia Patricia Prieto

**CLAUDIA PATRICIA PRIETO**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Luz Stella Angel Gutiérrez

**LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 2/04/2017 | |
| | | Código | SU-SC-FO-0000 | |

| Ubicación del Servicio: | F009 | | | | | Sede: Fontibon F 009 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| No. DE CONTRATO: 4785-2020 | | | 1 | 10 | 2.020 | | 31 | 10 | 2.020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ | | C. C. | | 51.721.057 | DE | BOGOTA | | |

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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO x

| 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 | SI | Realizar 60 seguimientos telefonicos diarios de casos indices y contactos estrechos de alertas por COVID-19, verificando sintomatologia respiratoria de acuerdo a los protocolos establecidos; brindando educacion en cuidados, prevencion de contagio y signos de alarma. | Bases de excel y aplicativo SURESOC realizando reporte de seguimiento diario y tablero de relacion de casos por colaborados donde se reportan los 60 seguimientos diarios a los usuarios quienes se le verifico sintomatologia respiratoria a y las respectivas |
| 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 informacion 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 | Base de excel y aplicativo SURESOC donde se reportan los 60 seguimientos telefonicos diarios, a los que se les brindo la educacion y las respectivas recomendaciones, señalando quien es de |
| 3. Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demas acciones requeridas por el Espacio Público | SI | Se brinda la información y educación a los usuarios frente a las recomendaciones 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 Secretaría 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. | Consolidados por excel distribuidos por familias para dar cumplimiento a los 60 seguimientos diarios, brindando respectiva informacion de autocuidado frente a |
| 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 aislamiento, lavado de manos y etiqueta de tos, tener | Bases de excel, aplicativo SURESOC reporte de seguimiento y tablero de relacion de casos, con reporte de 60 |
| 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 | Bases de excel, reporte de seguimiento y tablero de relacion de casos, con reporte |
| 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, presentando respectivo 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 y prevencion del | 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 y la educacion ofrecidas por los profesionales, Para que de esta misma forma puedan seguir participando en el autocuidado de su salud, | Registro de los 60 seguimientos telefonicos en aplicativo SURESOC y tablero de llamadas |
| 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 prevención y contagio del COVID-19; y pautas de autocuidado en caso de condición cronica | Registro de los 60 seguimientos diarios a contactos indices y estrechos en aplicativo SURESOC |
| 12. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | SI | Revison 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. Allegar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, | SI | Revisión de matriz con la totalidad de los usuarios abordados, sensibilizados y educados. Con el fin de dar cumplimiento a cada una de las acciones y lineamientos dadas por SDS | Consolidado e ingreso diario de seguimientos telefonicos por medio de las bases de excel y aplicativo SURESOC |
| 14. Realizar actividades de contención y/o mitigación por la | SI | Realizar gestiones y entregas PAPSIVI, capacitacion VSP | Bases en excel y reporte de seguimiento |

TOTAL A PAGAR : (Número y letras) 2,197,015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE

Claudia Patricia Pineda C

Nombre y firma supervisor del contrato

LUZ STELLA ANGEL GUTIERREZ CONTRATISTA

CONTRATISTA Luz Stella Angel Gutierrez Cc. 51721057

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 10/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Luz Stella Ángel Gutiérrez

CC 51.721.057 DE Bogotá

La suma de Dos millones ciento noventa y siete mil quince mil pesos m/cte. ($2.197.015), por concepto de servicios como Auxiliar de Higiene Oral, 1 Técnico durante el periodo de 01 al 31 de Octubre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4786/2020

Luz Stella Ángel Gutiérrez

Luz Stella Ángel Gutiérrez

CC 51.721.057 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 71448552548

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 51724037 | | ANGEL GUTIERREZ LUZ STELLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 92 # 159 - 05 INT 2 APTO 403 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6859955 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2020-09 | 2020-09 | 10421443 | 9405423403 | E | 2020/10/15 | 2020/10/05 | BANCO AV VILLAS | 0 | $280,700 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $878,806 | $140,700 | | | $878,806 | $109,900 | | | $878,806 | $17,600 | | | $878,806 | $21,900 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $878,806 | $140,700 | | | $878,806 | $109,900 | | | $878,806 | $17,600 | | | $878,806 | $21,900 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $878,806 | $140,700 | | | $878,806 | $109,900 | | | $878,806 | $17,600 | | | $878,806 | $21,900 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 51724037 | ANGEL LUZ | 253351 | 30 | $878,806 | $140,700 | 695005 | 30 | $878,806 | $109,900 | CCF24 | 30 | $878,806 | $17,600 | 14-01 | 30 | $878,806 | $21,900 | 30 | $0 | $0 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $878,806 | $140,700 | | | $878,806 | $109,900 | | | $878,806 | $17,600 | | | $878,806 | $21,900 | | $0 | $0 |



2020/10/05 12:04 PM