

284

| SECRETARÍA DE SALUD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                                                        |                   | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR<br>TESORERÍA |                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |               | Versión: 1<br>Fecha de actualización: 9/11/2018<br>Código: 15-02-PO-0002 |       | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ |             |                 |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|-------------|-----------------|---|
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |               |                                                                          |       |                          |             |                 |   |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                                                                             | DARWIN ALDANA LIZCANO                                                                                                                                                                                                                                    |                     |               |                                                                          |       |                          |             |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                             | C.C.                                                                                                                                                                                                                                                     | X                   | C.E.          | NO.                                                                      |       | 1030567437               |             |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                                                                             | darwinaldana89@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                 |                     |               | CELULAR:                                                                 |       | 3016418488               |             |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |               | FO09                                                                     |       |                          |             |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                                                                             | PIC                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |               | SEDE:                                                                    |       | FONTIBON                 |             |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |                   | 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                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                             | 91210090849                                                                                                                                                                                                                                              |                     |               |                                                                          |       | PENSIONADO               |             | No              |   |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |               |                                                                          |       |                          |             |                 |   |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                             | 5878-2020                                                                                                                                                                                                                                                |                     |               | N° DE PAGOS DEL CONTRATO                                                 |       |                          | PAGO 5 DE 5 |                 |   |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 1722                                                                                                                        | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                    | 26/11/2020          | NÚMERO DE CRP |                                                                          | 57425 | 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 área 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. |                     |               |                                                                          |       |                          |             |                 |   |
| 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 2% |               |                                                                          |       | \$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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |               | \$10,838,607                                                             |       |                          |             |                 |   |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |               | \$10,838,607                                                             |       |                          |             |                 |   |
| 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 <u>mínimo</u> 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 COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC                                                                                                    | APORTE PENSION 16% IBC                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL ARL           | APORTE ARL    | TOTAL APORTES                                                            |       |                          |             |                 |   |
| 1034192112                                                                                                                                                                                                                                                   | \$878.806         | \$109.900                                                                                                                   | \$140.700                                                                                                                                                                                                                                                | 3                   | \$21.500      | \$272.100                                                                |       |                          |             |                 |   |
| Dado en Bogotá en el mes de Enero del año DOS MIL VEINTIUNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                                             |                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |               |                                                                          |       |                          |             |                 |   |
| CLAUDIA PATRICIA PRIETO                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |               | DARWIN ALDANA LIZCANO                                                    |       |                          |             |                 |   |
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |               | NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA                                           |       |                          |             |                 |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                            |  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                    | Versión: 2                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fecha de aprobación: 3/04/2017 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    | Código: 04-02-FO-0003          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
| Ubicación del Servicio:                                                                                                                                                                                                                                                    |  | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                | Sede: FONTIBON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
| No. DE CONTRATO: 5978-2020                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Período certificado desde el                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                    | Día: 1                         | Mes: 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Año: 2.021 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: DARWIN ALDANA LIZCANO                                                                                                                                                                                                                              |  | 1030567437                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    | DE                             | BOGOTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área p/c, 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. |  |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
| X NO Servicios: SI NO                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                 |  | PROGRAMADO                                                         | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                             |                                | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |
| 1. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la SDS y la institución.                                                                                                                                                   |  | SI                                                                 | 1. Se ejecutan las actividades del mes de DICIEMBRE de acuerdo al lineamiento del proyecto de Mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica puntos de entrada terminales portuarios                                                |                                | cumplimiento con la revisión y envío de todos los productos actualización, alimentación, y revisión a diario en SURESOC                                                                                                                                                                                                                            |            |
| 2- Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad.                                                                                                                        |  | SI                                                                 | 1. se realiza a diario teletrabajo actualizando información de cada uno de los casos índice con sus estrechos para reafirmar su respectivo seguimiento de aislamiento preventivo frente a covid 19                                                                 |                                | se realiza y se envía de forma oportuna y diaria el reporte de seguimiento realizado por COVID 19 en el mes de enero                                                                                                                                                                                                                               |            |
| 3- Recepción, verificación, pre-crítica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP.                                                                                                                                                          |  | NO                                                                 | no se programa ninguna actividad relacionado con esta obligación                                                                                                                                                                                                   |                                | no programado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| 4- Realizar la búsqueda activa comunitaria y respectivo soporte                                                                                                                                                                                                            |  | SI                                                                 | se realiza teletrabajo donde se brinda seguimiento de salud a cada uno de los casos asignados, en donde se le brinda información de prevención de los autocuidados que debemos tener frente a covid 19                                                             |                                | se realiza seguimiento telefónico brindando información de prevención y medidas de autocuidado frente al covid 19 a casos asignados por la jefe en plataforma suresoc para cumplimiento de su respectivo aislamiento                                                                                                                               |            |
| 5- Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación.                                                                                                                                                                           |  | NO                                                                 | no se programa ninguna actividad relacionado con esta obligación                                                                                                                                                                                                   |                                | no programado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| 6- Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna.                                                                                                                                            |  | SI                                                                 | se realiza actividades en el proyecto de acciones integradas a puntos de entrada DICIEMBRE 2020                                                                                                                                                                    |                                | acciones realizadas se relaciono por medio via web plataforma suresoc                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |
| 7- Articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área del sector y de la red sur occidente, que atiendan los eventos y población de interés                                                                                                       |  | NO                                                                 | no se programa ninguna actividad relacionado con esta obligación                                                                                                                                                                                                   |                                | no programado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| 8- Asistir y participar en las reuniones programadas al interior de la subred y en espacios extrainstitucionales, locales y distritales.                                                                                                                                   |  | SI                                                                 | 1. Se asistió a reunión de línea de 30 DICIEMBRE de 2020.                                                                                                                                                                                                          |                                | 1. Acta y listados de asistencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| 9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado.                                                                                                                                                                                                                  |  | SI                                                                 | 1. Se realiza actualización de la plataforma suresoc reporte diario de seguimiento de casos índice con sus estrechos por contingencia covid 19. comunicación de riesgo covid 19 si presenta síntomas ( como fiebre tos dolor de garganta diarrea dolor de cabeza ) |                                | 1. Se realizó actualización de seguimiento a plataforma suresoc a diario por contingencia covid 19. se realiza seguimiento telefónico a casos índices con sus estrechos donde se les brinda recomendaciones de salud la importancia del aislamiento msignos y síntomas lavado de manos uso de tapabocas y acudir a líneas de orientación y medica. |            |
| 10- Verificar concordancia físico/ magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad completitud.                                                                                                          |  | SI                                                                 | diligenciamiento diario de seguimiento en lataforma suresoc y reporte diario de los seegimientos realizados                                                                                                                                                        |                                | 1. se envió por vía web drive reporte de los seguimientos realizados a diario cuantos quedadrn activos cuantos se cerraron y cuantos por asignar                                                                                                                                                                                                   |            |
| 11- Participar en pre-auditoría y auditoría de soportes físicos seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.                                                                                               |  | SI                                                                 | 1. Se entrega soportes en pre auditorio de las acciones realizadas en el mes de DICIEMBRE del proyecto mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica en puntos de entrada terminales portuarios.                                   |                                | 1. se envía evidencia por vía web                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| 12- Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.                                                                                                                                      |  | NO                                                                 | no se programa ninguna actividad relacionado con esta obligación                                                                                                                                                                                                   |                                | no programado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| 13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual.                                                                                                                                                                                            |  | SI                                                                 | se envía base de seguimiento y base sintomático respectivo del mes laborado los días 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31                                                                                        |                                | se envía informe diario de bases correspondientes del mes de enero                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |
| 14. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando sea requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.   |  | SI                                                                 | se realiza teletrabajo a usuarios positivos y contactos directos diligenciando base de datos a diario                                                                                                                                                              |                                | 1. Contingencia por COVID 2021<br>2. Se realiza seguimiento telefónico a usuarios índice y estrechos diligenciando base de drive, del mes de enero 2021                                                                                                                                                                                            |            |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE                                                                                                                                                                    |  |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
| NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                    | Fecha: dd/mm/año Firma de recibido supervisor:                                                                                                                                                                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |
| CC 1030567437                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                    | Claudio Parra Prieto                                                                                                                                                                                                                                               |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE N.º 01/2021**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

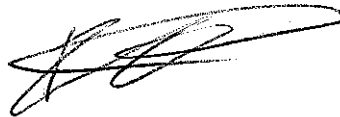
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DARWIN ALDANA LIZCANO**

**CC 1030567437 de BOGOTA**

La suma de **\$ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS**, por concepto de servicios **AUXILIAR DE ENFERMERIA -TECNICO** durante el periodo de 01 al 31 DE enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N.º 5978/2020.



**DARWIN ALDANA LIZCANO**

**CC 1030567437**

**BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS**

**N.º 91210090849**



1034192112

**Referencia pago (PIN):** 8819535430

# PACADO (E) (P) EN HORARIO EXTENDIDO

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

