| 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. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2018 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARTA LIDA MELO PIRAMANRIQUE | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52366806 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | mlmp19@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3115459314 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KE08 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO09K26 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | AV VILLAS | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 85924921 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5922-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 4 DE 4 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1722 | FECHA | 26/11/2020 | NÚMERO DE CRP | 55632 | FECHA | 30/11/2020 | | | | |
| 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.AUXILIAR DE ENFERMERIA - PAI | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $9.154.229 |
| VALOR EJECUTADO | $8.788.060 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2.197.015 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $366.169 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 96% |

**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 **$2,194,507** 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 PENSION16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1033628396 | $878.806 | $109.900 | $140.700 | 3 | $21.500 | $272.100 |



Jenny Andrea Alfonso

**YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Marta Lida Melo

**MARTA LIDA MELO PIRAMANRIQUE**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS



| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES KE08 | | | | | **Sede:** FONTIBON | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 5922-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | a | **Dia** | **Mes** | **Año** | | |
| | | | 1 | 12 | 2 020 | | 31 | 12 | 2 020 | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MARTA LIDA MELO PIRAMANRIQUE | | **C. C.** | 52 366 806 | | | **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. auxiliar de enfermeria PAI.**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ___ Servicios: SI __X_ NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Dar cumplimiento al Manual de Convivencia segun lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, especifico para el PAI | si | Se da cumplimento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato | Se cumplio con el manual de convivencia con calidad,oportunidad y pertinencia segun lo descrito por secretaria de salud |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frio y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente | si | Alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria | Realizar alistamiento de termos y paquetes frios para desarrollar el cumplimento de cadena de frio según lineamientos |
| Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar. | si | no se realiza sanetización en el mes. se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas | no realiza sanitizacion al finalizar la actividad del termo y elementos de vacunacion durante el mes |
| Realizar actividades de auxiliar de enfermeria intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la Institución | si | De acuerdo a la asignación por parte de los jefes inmediatos, en el mes desarrolle mis actividades en la estrategia concentración seguimientos y casa a casa | Registros de sis dianos de vacunación, en cada una de las estrategias |
| Informar y solicitar oportunamente al lider del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalias en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia | si | Al iniciar la actividad se hace verificacion de los formatos a diligenciar y según la necesidad de los insumos y elementos requeridos para realizar la actividad que esta programada se hace la solcitud al lider del area | Al terminar la actividad se entrega sis 150, kardex diario de vacunacion,carnes de niños y adultos,jeringas ,algodon agua esteril,contenedores de paredes rigidas,bolsas roja ,gris y verde supragel ,jabon quirurgidal |
| Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas guias protocolos lineamientos y procedimientos del área vigentes | si | se realiza las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo encuenta la poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes | Se realizo con calidad y oprtunamente las actividades programadas de vacunacion |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental | si | Se di-gencia sis 150,kardex diario carnes niños y adultos.Aplicativo PAI en tiempo real y completo | Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como s-s 150 kardex diario del mes |
| Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE | si | Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividades educacion sobre la importancia de continuar con los diferentes programas de promocion y prevencion | Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promocion y prevencion |
| Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida | si | Se maneja el manual de bioseguridad ,los cinco correctos y se da educacion a cada uno de los usuarios brindando una atencion segura | Dar cumplimiento a la educacion requerida para los usuarios aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguridad |
| Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa | si | Verificar y interpretar según la normatividad vigente cada carne de niños y adultos para asi realizar el procedimiento correspondiente a vacunacion | Se realiza lectura de cada uno de los carnes debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución | si | Se asiste a cada uno de los lugares programados según la estrategia de vacunación | Durante el mes se realizo la estrategia de concentración, casa a casa y seguimientos domiciliarios, logrando vacunar 10 primeras de pentavalente 10 segundas de pentavalente 7 terceras de pentavalente 15 triple viral de año, 20 R1, 19 R2, 3 Opta 20 Td, influenza niño 22 e influenza adulto 37. |
| Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud | si | Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud | Se da a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable y colaborativa |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial | si | Se asiste a reuniones programadas en el mes | Se asistio a las reuniones según programacion y soporte en listados de asistencia |
| Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital | si | Se realiza absoluta reserva de la informacion que se da a conocer en el desarrollo de las actividades | Se guarda absoluta reserva de la informacion conocida en cada una de las actividades desarrolladas y realizonadas con el hospital |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI | si | Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes | Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,197,015 dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos m/cte**

Marta Lida Melo

MARTA LIDA MELO PIRAMANRIQUE CC 52.366.806

Fecha dd/mm/aaaa Firma delservidor público supervisor: Jeny Andrea Alfaro

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

V. B

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** | 2020-12-07, 08:43:24 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | noviembre de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | noviembre de 2020 |
| **Empresa** | MARTA LIDA MELO PIRAMANRIQUE |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 52366806 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8819983220 / 1033628396 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 272.100 |
| **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 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | $ 109.900 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 21.500 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 272.100 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 272.100 |



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.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE N°12/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

MARTA LIDA MELO PIRAMANRIQUE

CC 52 366 806 DE BOGOTA

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 de 01 al 31 de Diciembre 2020

de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5922/2020

Marta Lida Melo

MARTA LIDA MELO PIRAMANRIQUE

CC 52366806 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS

NUMERO 085924921