| 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 | 9/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | INGRI LIZETH HERRERA SÁNCHEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1032451055 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ILHERRERAS@UNAL.EDU.CO | | | | CELULAR: | 3232379023 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FONTIBON | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FO09 | | | | SEDE: | SUR | | | | | | | |
| | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO09K32 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24065741986 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 6059-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 5 DE 5 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1722 | FECHA | 26/11/2020 | NÚMERO DE CRP | 55739 | FECHA | 30/11/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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 | 12 | 2020 | | 14 | 12 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.570.149 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | $0 | | | | | | | |

7

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $11.900.482 |
| VALOR EJECUTADO | $11.305.458 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.666.056 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2.499.104 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 40% |

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 PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1034423012 | $1,428,059 | $228.500 | $178.600 | 3 | $34.800 | $441.900 |

Dado en Bogotá a los en el mes de Enero del año Dos Mil veinte (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Patricia Prieto C.

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Ingri Herrera S.

INGRI LIZETH HERRERA SÁNCHEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sur Occidente E.S.E. | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión: 2<br>Fecha de aprobación: 03/04/2017<br>Código: 04-02-FO-0003 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | | | | **Sede:** FONTIBON | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 6059-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 12 | 2020 | | 14 | 12 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | INGRI LZETH HERRERA SÁNCHEZ | | **C. C.** | 1.032.451.055 | | **DE** | BOGOTÁ | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional**

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Especificos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | SI | Realizar 5 IEC diarias. Informar al lider del proceso de cualquier novedad respecto a las caracteristicas puntuales de cada proceso. | Carpetas comprimidas debidamente marcadas , con su correspondiente ficha tecnica o su solicitud, historia clinica o su solicitud, formato de IEC, Línea del tiempo en excel y reporte de laboratio, ademas del primer seguimiento al contacto indice y sus estrechos en el aplicativo SURESOC |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. | SI | Entregar soportes de las IEC con la calidad pertinente | |
| Generar incidencia en la reduccion del daño y gestion frente a problematicas de salud identificadas | SI | Brindar recomendaciones a los usuarios para prevenir contagio por COVID-19 | |
| participar en reuniones de asistencia tecnica programados por los referentes de la secretaria distrital de salud. | SI | asistir de manera oportuna a reuniones programadas por la lider para su respectiva retroalimentacion del proceso de realización de las IEC COVID-19 | Actividades de acuerdo a la dinamica del evento conforme con los lineamientos de la INS y el ministerio de salud informe mensual y diario de las actividades realizadas |
| fortalecer las actividades de autogestion y liderazgo de personas , grupos colectivos , organización y redes comunitarias para impulsar los eejrcicios participativos y la movilizacion social por el derecho a la salud | SI | entrega oportuna de tabla de control, casos indices con sus respectivos estrechos, con probabilidades de riesgo y los casos con sus estrechos positivos. | |
| realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridosacorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. | SI | realizar correcciones a las retroalimentaciones brindadas por la lider del proceso frente a los hallazgos | |
| realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos | SI | Cumplir con el diligenciamiento de los formatos designados para cada caso | |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditorao SDS, Entes de control | SI | soportes de asgnacion diaria de IEC, Dentro de los determinantes expuestos para la lider del proceso | envio , recepcion y entrega de soportes en medio digital de los respectivas IEC diarias |
| realizar actividades de contencion y o mitigacion por la pandemia COVID-19 en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos que permitan implementar acciones ordenadas de los protocolos , guias y lineamientos emanados a nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos. | SI | realizar IEC de usuarios asignados en el APLICATIVO COVID 19, de acuerdo a los protocolos indagando la sintomatologia , apoyo tecnico y operativo de la vigilancia en salud publica y dar recomentaciones. | |
| Realizar y entregar de manera mensual Backup de asignación para realización de IEC | SI | Se entrega de manera oportuna la información solicitada por la lider | Informe mensual de IEC entregados en el mes de Diciembre |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR** (Número y letras): $1'666.056 Un millon seiscientos sesenta y seis mil cincuenta y seis pesos.

INGRI HERRERA S.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Ingri Lzeth Herrera Sánchez CC 1032451055

Claudia Roncancio

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

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** | 2020-12-16, 11:17:53 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | noviembre de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | noviembre de 2020 |
| **Empresa** | INGRI LIZETH HERRERA SANCHEZ |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1032451055 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1034423012 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 833211881 |
| **Banco** | (1032) - BANCO CAJA SOCIAL |
| **Valor** | $ 441.900 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.56 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéross Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224608 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 228.500 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 178.600 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 34.800 | $ 0 |
| | | | **SubTotales:** | $ 441.900 | $ 0 |
| | | | **Total a Pagar:** | | $ 441.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

INGRI LIZETH HERRERA SÁNCHEZ

CC 1032451055 DE BOGOTÁ

La suma de $ 1'666.056 Un millón seiscientos sesenta y seis mil cincuenta y seis pesos por concepto de servicios Profesional de Enfermería– profesional 2, durante el periodo de 1 al 14 de Diciembre del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 6059/2020

INGRI HERRERA S.

INGRI LIZETH HERRERA SÁNCHEZ

CC 1032451055 de BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NÚMERO 24065741986