Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIA PATRICIA LAVADO HERNANDEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52775122							
CORREO ELECTRONICO:	patolavado25@hotmail.com				CELULAR:	3125334262							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES				SEDE:	Fontibon							
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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570009170349725								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	69-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12			
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP		56145	FECHA	16/12/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesional especializados 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. PROFESIONAL ESPECIALIZADO - PAI.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	4,668,657									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$53.167.893
VALOR EJECUTADO	$53.167.893
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.668.657
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $ **2,194,507** 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
47229506	$1.867.463,00	**$233.433**	**$298.794**	3	**$45.491**	**$577.718**

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

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL

LILIA PATRICIA LAVADO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

Ubicación del Servicio:	**SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES**			**Sede: Fontibon**						
No. DE CONTRATO:	69-2020	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	a	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	1	2.021		31	1	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIA PATRICIA LAVADO HERNANDEZ			**C. C.**	52775122			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados 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. **PROFESIONAL ESPECIALIZADO - PAI.**

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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 verifica a las vacunadoras durante proceso de vacunacion.	Lista de chequeo y acta de visita a IPS
Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área, vigentes.	SI	Se verifica a las vacunadoras durante proceso de vacunacion.	Lista de chequeo y acta de visita a IPS
Conocer y verificar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al paciente de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida.	SI	Se verifica a las vacunadoras durante proceso de vacunacion.	Lista de chequeo y acta de visita a IPS
Realizar las acciones de salud pública de su responsabilidad en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural necesarios en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.	SI	Se realizan las asistencias técnicas fortaleciendo el manejo de las diferentes actividades de promoción y prevención de acuerdo a la población objeto del PAI.	Lista de chequeo y acta de visita a IPS-Actividades de tele trabajo.
Solicitar oportunamente al líder del área los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al coordinador o Líder.	SI	Se hace solicitud oportuna a la referencia del programa de acuerdo a las necesidades identificadas durante las asistencias técnicas y de acuerdo a la necesidad de la localidad	Formato de solicitud de insumos
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 realizan articulaciones con otros actores para el fortalecimiento del PAI en las diferentes localidades de la subred, según necesidad.	Actas de reunion o correos de acuerdo a solicitud
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	SI	Se diligencia de manera clara y oportuna los formatos asignados como listas de chequeo para visitas de asistencia tecnica a IPS, con la calidad esperada y se apoya en la digitacion de informacion de extramural al aplicativo PAI en conectividad.	Lista de chequeo, formato de arqueo de biologico e insumos y acta de visita a IPS, SIS diarios digitados en el aplicativo PAI, actas de reunion.
Garantizar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	SI	Durante las visitas de asistencia técnica a las IPS de la Subred se realiza seguimiento al cumplimiento de metas y verificación de estrategias para su cumplimiento en las IPS. Soporte en actas de visitas.	Se realizan extrategias de acuerdo a programacion con apoyo de la estrategia extramural y articulacion con otros actores.
Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución.	SI	Se mantiene actitud amable y colaborativa con los demas colaboradores y la comunidad, de acuerdo a las normas internas de las instituciones visitadas.	
Realizar cronograma de actividades mensual teniendo en cuenta el ajuste de las observaciones.	SI	Se realiza oportunamente con las diferentes actividades a desarrollar, relacionando las actividades adicionales según necesidad consignadas en las observaciones.	Cronograma de actividades
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 da cumplimiento a las normas de bioseguridad durante las asistencias tecnicas y de igual manera se verifica cumplimiento de las mismas por parte de las IPS publicas y privadas de la subred.	Lista de chequeo y acta de visita a IPS
Participar en la elaboración y ejecución del Plan de Acción institucional	SI	Se participa y da cumplimento a las actividades de acuerdo al plan de accion de la Subred.	Actas de reunion
Evaluar mensualmente los indicadores acceso, oportunidad y deserción en cada uno de los biológicos del programa	SI	Se realiza evaluación a los diferentes indicadores del programa.	Se realiza seguimietno de indicadores de la localidad de Bosa de acceso. Deserción y cobertura.
Planeación, organización, seguimiento y evaluación de las jornadas de vacunación nacionales, distritales y locales, diseñando campañas de información con participación comunitaria.	SI	Durante las visitas de realiza seguimiento a las estrategias implementadas en cada IPS para la jornada de Influenza	De acuerdo a programacion
Actualizar y hacer seguimiento del desempeño del recurso humano en las IPS, de acuerdo a los componentes del Programa.	SI	Se verifica a las vacunadoras durante la visita de asistencia tecnica.	Diligenciamiento de indicadores
Realizar asistencia, seguimiento y evaluación a las estrategias del PAI, haciendo verificación de los componentes del programa (Cadena de frio, sistemas de información, gestión y administración, estrategias y vigilancia)	SI	Se realizan asistencias tecnicas de acuerdo a priorizacion.	Se realiza asistencia tecnica de acuerdo a priorizacion de IPS.
Mantener control de las remesas de biológicos e insumos PAI y realizar los reportes de los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos según el programa de Tecnovigilancia.	SI	Durante la visita se verifica aleatoriamente identificacion de remesas de biologicos e insumos. Y se verifica reporte a tecnovigilancia según necesidad.	Lista de chequeo, formato de arqueo de biologico e insumos y acta de visita a IPS
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	SI	Se verifica a las vacunadoras durante la visita de asistencia tecnica.	Lista de chequeo y acta de visita a IPS
Asistir y realizar reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	SI	Se asiste según programación de reuniones por parte de SDS y de la referencia del programa.	Asistencia a comité PAI subred,
Elaborar informes con la periodicidad y características requeridas	SI	Se apoya en la recepcion de informes de acuerdo a solicitud de la líder PAI	Se realiza informe de matriz 1186, indicadores GPAISP, plan de accion GPAISP, informe de gestion mensual del programa, gestion documental, matriz de fortalecimiento, plan de accion del programa, novedades talento humano.
Realizar alistamiento y presentación de auditoria según programación.	SI	Alistamiento de productos de auditoria	Verificacion de productos de acuerdo a programacion de entrega por parte de los demas colaboradores.
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.	SI	Se verifica a las vacunadoras durante la visita de asistencia tecnica.	Elaboracion de plan de accion y seguimiento.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $4,668,657 cuatro millones seiscientos sesenta y ocho mil seiscientos cincuenta y siete pesos.

Patricia Lavado A

LILIA PATRICIA LAVADO HERNANDEZ

cc. 52775122

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Yeny Andrea Alcazar

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52775122	LILIA PATRICIA LAVADO HERNANDEZ	KR 7 T NO 55 17	3125334262	notiene@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	04/01/2021	47229506	$577.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	233.500	0		0		0	0	0	0	233.500	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	298.800	0	0	0	0	0	0		298.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.500				45.500	0	0	45.500			455	45.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	233.500	233.500
Pensión	1	298.800	298.800
Riesgos Laborales	1	45.500	45.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	577.800	577.800

PAGADA
47229506

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LILIA PATRICIA LAVADO HERNANDEZ

CC 52775122 DE Bogotá

La suma de cuatro millones seiscientos sesenta y ocho mil seiscientos cincuenta y siete pesos ($4,668,657), por concepto de servicios Profesional especializado – Profesional especializado 4, durante el periodo de 01/1/2021 al 31/1/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 69/2020

LILIA PATRICIA LAVADO HERNANDEZ

CC 52775122 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570009170349725