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:	LUZ DARY PEREZ OROZCO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52189853							
CORREO ELECTRONICO:	luzdaryparez1975@hotmail.com				CELULAR:	3168264131							
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62480898473								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	91-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 de 12					
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	56162	FECHA	16/12/2020					
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 como AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI											
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:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$24.368.235
VALOR EJECUTADO	$24.368.235
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 **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
8347659386	**$878.806,00**	**$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,

Jony Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Dary Perez Orozco

LUZ DARY PEREZ OROZCO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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 FO09			**Sede:**	**BOSA**				
No. DE CONTRATO:	91-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2.021		31	1	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ DARY PEREZ OROZCO		**C. C.**		52.189.853	**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 como 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 cumplimiento al manual de convivenvia en casa una de las actividades asignadas por el jefe inmediato.	Manual de convivencia firmado como aceptacion del mismo.
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.	Se realiza a diario jornada mañana y tarde
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	Se mantiene el área de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las actividades	computador y escritorio con adecuada sanitizacion.
Realizar actividades de auxiliar de enfermería intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la Institución.	si	De acuerdo a la asignacion por parte de los jefes inmediatos en este mes desarrolle actvides de vacunacion Extramural seguimientos y concentracion.	Registros de SIS diarios de vacunaciòn en cada uno de las estrategias.
Informar y 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, según recomendaciones de tecnovigilancia.	si	Al finalizar la actividad se hace verificaciòn de los formatos e insumos diligenciados.	Se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan anomalias.
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 realiza las actividades de vacunacion segùn lineamientos de la Secretaria de Salud teniendo encuenta la población objeto PAI según los protocolos del área vigentes.	Se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunación.
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 diligencia de manera clara y concisa y veraz sin tachones ni enmendaduras.	Se entrega de manera clara, completa y oportuna cada uno de los soportes diarios SIS y Kardex.
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 realiza educacion y orientacion al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad.	Se realiza demanda inducida a cada uno de los usuarios en los temas de promoción y prevención.
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 oportuna información.	si	Se maneja el manual de bioseguridad, los cinco correctos y se da educación a cada unode los usuarios brindando una atención segura.	Dar cumplimiento a la educación 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	se verifican datos para la realizacion del procedimiento	Diligenciamiento y entrega de carnet
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	si	se realiza trabajo en casa con verificacion de bases y cohorte.	se entregan bases verificadas. Se hace agendamiento de menores para vacunacion domiciliaria.
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	Mantengo buenas relaciones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios	Ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramural ni de los usuarios.
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	si	Se asiste al comité extramural de ENERO 2021	Firma listado 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 mantiene privacidad y etica hacia los usuarios	Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE.

Luz Dary Perez Orozco

LUZ DARY PEREZ OROZCO CC: 52189853

Firma de recibido supervisor: Yeny Andrea Arias B

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUZ DARY PEREZ OROZCO
No. Identificación: CC52189853
Dirección: CL 73 SUR 81B-53
Telefono: 3133925913
Correo: LUZDARYPEREZ1975@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8347659386

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ DARY PEREZ OROZCO
Tipo y número de Identificación	CC52189853
Número de planilla	8347659386
Fecha pago	2021-01-07
Número de autorización pago	37343944
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2020
Número de Administradoras	4
Total Pagado	289700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21500	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	140700	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	17600	1
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	109900	1

8347659386

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52189853
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ DARY PEREZ OROZCO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS044	230201	878806	878806	878806	878806	109900	0	140700	0	21500	0

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 01/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ DARY PEREZ OROZCO

CC 52189853 DE BOGOTA

La suma de 2.197.015 (Dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos), por concepto de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo 01/01/2021 al 31/01/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 91-2020

Luz Dary Perez Orozco

LUZ DARY PEREZ OROZCO

CC 52189853 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62480898473