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.	LEIDY PATRICIA DUARTE UMBARILA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E			NO.	1030522971						
CORREO ELECTRONICO:	patito_860409@hotmail.com					CELULAR:	3103170566						
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 coste	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	F009K26	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7500875112								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	144-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12	
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	56205	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.AUXILIAR DE ENFERMERIA -PAI							

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	1	1	2021	HASTA	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
9414709879	$878.806,00	$109.900	$140.700	3	$21.500	$272.100

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

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

leidy Duarte

LEIDY PATRICIA DUARTE UMBARILA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sub Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de Aprobación	3-04-2017	
		Código	01-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES F009				Sede: FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	144-2020	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	1	2.021		31	1	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY PATRICIA DUARTE UMBARILA		C. C.	1.030.522.971			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
1.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 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 según 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 cumplimiento 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	en el mes de enero se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas.se garantiza insumos de EPP para el desarrollo de actividades por contingencia del COVI-19	Se realiza sanitizacion al finalizar la actividad del termo y elementos de vacunacion durante el mes de enero.
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	Se laboro en hospital de bosa 2	Se laboro en hospital de bosa 2 aplicando biologocos de recien nacido BCG Y HB antes de la 12 horas de nacido
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 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 solicitud al lider del area.	Al terminar la actividad se entrega sis 150, kardex diario de vacunacion,carné de niños y adultos,jeringas ,algodón,agua esteril,contenedores de paredes rigidas.bolsas roja ,gris y verde,supragel, jabon quirucidal
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 según lineamientos de la secretaria de salud teniendo encuenta la poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes.	Se realizo con calidad y oportunamente 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 diligencia sis 150,kardex diario.carnès niños y adultos,Aplicativo PAI en tiempo real y completo.	Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150,kardex diario del mes de enero.
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 actividedes educacion sobre la importancia de continuar con los difrerentes 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 e interpretar según la normatividad vigente cada carné de niños y adultos para asi realizar el procedimiento correspondiente a vacunacion.	Se realiza lectura de cada uno de los carné debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados.
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 laboro en hospital de bosa 2.	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 runiones programadas en el mes de enero.	Se asistio a las reuniones según programacion y soporte en listados de asisitencia.
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 tiene 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 realicionadas 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 de enero.	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

leidy Duarte 1030522971

LEIDY PATRICIA DUARTE UMBARILA C.C 1.030.522.971

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Alfonso B

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030522971		DUARTE UMBARILA LEIDY PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 81B 45 A 31 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4580334	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	14709879	9414709879	I	2021/01/20	2021/01/05	BANCO AV VILLAS	0	$272,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
1	CC 1030522971	DUARTE LEIDY	25-14	30	$878,806	$140,700	EPS008	30	$878,806	$109,900		0	$0	$0	14-11	30	$878,806	$21,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0

2021/01/05 03:37 PM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030522971		DUARTE UMBARILA LEIDY PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 81B 45 A 31 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.F.	4580334	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	14709879	9414709879	I	2021/01/20	2021/01/05	BANCO AV VILLAS	0	$272,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$0	$0	$140,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,700	$0	$0	$140,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,500	$0	$0	$21,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,500	$0	$0	$21,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,900	$0	$0	$109,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$109,900	$0	$0	$109,900
TOTAL				1	$272,100	$0	$0	$272,100

2021/01/05 03:37 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEIDY PATRICIA DUARTE UMBARILA

CC 1030522971

DE BOGOTÁ

La suma de 2.197.015, dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos m/cte por concepto de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 01/01/2021 al 31/01/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 144-2020

leidy patricia Duarte Umbarila

LEIDY PATRICIA DUARTE UMBARILA

CC 1030522971 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 7500875112