

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |                     |               |                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b> | Versión             | 1             |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>Sur Occidente E.S.E. |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              | Fecha de aprobación | 09/11/2016    |                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              | Código              | 15-02-FO-0002 |                                                                                                                                           |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |                 |                                                 |                 |     |                 |                 |                 |            |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|-----------------|-----|-----------------|-----------------|-----------------|------------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                 | ADRIANA MARIA AMORTEGUI FONSECA                 |                 |     |                 |                 |                 |            |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 | C.C                                             | X               | C.E | NO.             |                 | 33625198        |            |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 | adrianamortegui22@hotmail.com                   |                 |     |                 | CELULAR:        |                 | 3168216384 |                 |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 | FO09                                            |                 |     |                 |                 |                 |            |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 | SALUD PÚBLICA 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                   |                 | 7380778758                                      |                 |     |                 | PENSIONADO      |                 | NO         |                 |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |           |                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |                          |               |        |                         |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------|--------|-------------------------|-----|------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |           | 4357-2019                                                                                                                                                                                                                                                 |                         | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |               | 5 DE 5 |                         |     |      |
| NÚMERO DE CDP                                                            | 862 / 500 | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                     | 2019-06-27 / 10/04/2019 | NÚMERO DE CRP            | 31349 / 22307 | FECHA  | 2019-06-30 / 30/04/2019 |     |      |
| 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. |                         |                          |               |        |                         |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                     |           | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                     | DIA                     | MES                      | AÑO           | HASTA  | DIA                     | MES | AÑO  |
|                                                                          |           |                                                                                                                                                                                                                                                           | 1                       | 7                        | 2019          |        | 31                      | 7   | 2019 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                              |           | \$1.710.199                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                          |               |        |                         |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS                                                        |           | PIC                                                                                                                                                                                                                                                       |                         | RESERVA DE GLOSA 2%      |               | \$0    |                         |     |      |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |             |
|-----------------------------------------|-------------|
| CONCEPTO                                | VALORES     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$8.608.002 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$8.379.975 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$1.710.199 |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0         |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$228.027   |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 97%         |

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 \$2,070,290 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| 1021625019         | \$828.116,00      | \$103.600                | \$132.500          | 3         | \$20.200   | \$256.186     |

Dado en Bogotá en el mes de Julio del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

*Yenny Andrea Alfonso Bernal*  
**YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL**  
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

*Adriana Amortegui Fonseca*  
**ADRIANA MARIA AMORTEGUI FONSECA**  
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| Ubicación del Servicio:                                                                                                                                                                                                                                                        |                           | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                             | Sede: FONTIBON |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|
| No. DE CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                               | 4357-2019                 | Periodo certificado desde el                                                                                                                                                                                                 | Día                                                                                                                                                                                                                         | Mes            | Año       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                                                                                                                                              | 1                                                                                                                                                                                                                           | 7              | 2.019     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                        | ADRIANA AMORTEGUI FONSECA |                                                                                                                                                                                                                              | C. C.                                                                                                                                                                                                                       | 33,625,198     | 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. |                           |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                             |                |           |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                             |                |           |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                     | PROGRAMADO                | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                       | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                                        |                |           |
| Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaría Distrital de Salud, específico 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 cumple 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 frío y el diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.                                                                                                                           | si                        | Alistamiento de termos y paquetes fríos para la jornada diaria.                                                                                                                                                              | Realizar alistamiento de termos y paquetes fríos para desarrollar el cumplimiento de cadena de frío 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 julio se mantiene el área de trabajo en condiciones óptimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas.                                                                                    | Se realiza sanitización al finalizar la actividad del termo y elementos de vacunación durante el mes de julio.                                                                                                              |                |           |
| Realizar actividades de auxiliar de enfermería intra y extramuros asignadas de acuerdo a los estratagias de los programas y planes de acción de la institución.                                                                                                                | si                        | Se realizó actividad de seguimientos en la localidad de Puente aranday Fontibón en el mes de julio.                                                                                                                          | Se realizó actividad de seguimientos en la localidad de Kennedy, Puente Aranda y fontibon en el mes de julio.                                                                                                               |                |           |
| 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 verificación 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 líder del área. | Al terminar la actividad se entrega sis 150, kardex diario de vacunación, carnes de niños y adultos, jeringas, algodón, agua esteril, contenedores de paredes rígidas, bolsas roja, gris y verde, supragel, jabon quircudal |                |           |
| 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 vacunación según lineamientos de la secretaria de salud teniendo en cuenta la población objeto PAI según los protocolos del área vigentes.                                                     | Se realizó 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 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 sis 150, kardex diario del mas,                                                                                                               |                |           |
| 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 educación sobre la importancia de continuar con los diferentes programas de promoción y prevención,                                                        | Se realiza demanda inducida para 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 educación requerida.                                     | si                        | Se maneja el manual de bioseguridad, los cinco correctos y se da educación a cada uno de 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                        | Verificar e interpretar según la normatividad vigente cada carne de niños y adultos para así realizar el procedimiento correspondiente a vacunación.                                                                         | 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 realiza apoyo a paps asunción bochica                                                                                                                                                                                     | Biologicos aplicados 2das dosis -5, 3ras dosis 9,-TV año completas -23, Refuerzo de 18 Meses - 8, Refuerzo de 5 años -6, -infl niño 48,-infl adulto 14,- meningococos 10.                                                   |                |           |
| 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 institución una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud                                                             | Se da a la comunidad y colaboradores de la institución 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 de julio.                                                                                                                                                                        | Se asistió a las reuniones según programación 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 información que se da a conocer en el desarrollo de las actividades.                                                                                                                       | Se guarda absoluta reserva de la información conocida en cada una de las actividades desarrolladas y relacionadas con el hospital.                                                                                          |                |           |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.                                                                                                                                     | si                        | Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes de julio.                                                                                                                         | Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI aplicando los lineamientos del programa.                                                                                                      |                |           |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1,710,198. un millón setecientos diez mil ciento noventa y nueve pesos m/cte                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                             |                |           |
| <p><i>Adriana Amortegui</i></p> <p>ADRIANA AMORTEGUI FONSECA C.C 33,625,198</p>                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                                                                                                                                              | <p>Fecha: 03/04/2017</p> <p>Supervisor: <i>Jenny Andrea Alarico B</i></p>                                                                                                                                                   |                |           |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                                    |                           |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                             |                |           |

*V.B. Unzueta*



### 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: 2019-07-08, 04:16:47 PM  
Periodo de Cotización Otros Riesgos: junio de 2019 ✓  
Periodo de Cotización Para Salud: junio de 2019 ✓  
Empresa: ADRIANA AMORTEGUI FONSECA  
CEDULA CIUDADANIA: CC 33625198  
Código Sucursal (Nombre): ( )  
Referencia de Pago/ Número Planilla: 8896558960 / 1021625019 ✓  
Tipo de Planilla: I  
Número Transacción Bancaria/ CUS: 57767632  
Banco: (1023) - BANCO DE OCCIDENTE  
Valor: \$ 272.900  
Estado de la Transacción: Aprobada  
Dirección IP de Origen: 10.0.19.58

| Nit            | Código | Administradora                          | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|-----------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800227940     | 231001 | COLFONDOS                               | 1                | \$ 132.500     | \$ 0                 |
| N860066942     | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD    | 1                | \$ 103.600     | \$ 0                 |
| N890903790     | 14-11  | ARL SURA                                | 1                | \$ 20.200      | \$ 0                 |
| N860066942     | CCF24  | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1                | \$ 16.600      | \$ 0                 |
| SubTotales:    |        |                                         |                  | \$ 272.900     | \$ 0                 |
| Total a Pagar: |        |                                         |                  |                | \$ 272.900           |