DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 03/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ

CC 1031131646 BOGOTA

La suma de 4.119.403 (Cuatro millones ciento diecinueve mil cuatrocientos tres pesos) por concepto de servicios como Enfermero Profesional universitario1 durante el periodo 01 a 31 de marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2868/2021

WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ

CC 1031131646 BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NÚMERO 108-697407-01

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:	WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1031131646							
CORREO ELECTRONICO:	wyuraniherrera@hotmail.com				CELULAR:	3107620298							
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	108-697407-01								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2868-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2	
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	23/02/2021	NÚMERO DE CRP	17596	FECHA	28/02/2021
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.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	3	2021		31	3	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.119.403							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.238.806
VALOR EJECUTADO	$8.238.806
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.119.403
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 $ 2.271.315 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
48589765	$1.647.761	$205.970	$263.642	3	$22.132	$509.751

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

Yenny Andrea Alfonso Bernal

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Yurani Herrera

WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ
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	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES F009K26			**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	2868-2021	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	3	2.021		31	3	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ			**C. C.**	1031131646			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales 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 DE ENFERMERIA INTRAMURAL 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 la educación que se brinda al usuario durante los procedimientos, acompañamiento en terreno al grupo extramural	Se verifica la educación que se brinda al usuario durante los procedimientos, acompañamiento en terreno al grupo extramural
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 todos los lineamientos del manual técnico administrativo.	Se socializa al extramural el manual técnico administrativo del PAI.
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 procedimientos al realizar la vacunación a los usuarios,acompañamiento en terreno al grupo extramural	Se verifican los 10 correctos para la administración de los inmunobiológicos,acompañamiento en terreno al grupo extramural
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 realiza la verificación y fortaleciendo del manejo de las diferentes actividades de promoción y prevención de acuerdo a la población objeto del PAI.	Se explica al usuario sobre signos y síntomas y lavado de manos
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 actividades extramurales y de acuerdo a la necesidad de la localidad, En la contingencia covid se hace solicitud de elementos de proteccion para vacunadores.	Se realiza supervicon equipos de vacunacion COVID-19
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 realiza articulación con otros actores para el fortalecimiento del PAI en las diferentes localidades de la subred, según necesidad.	Actas de reunión 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 SIS 151, censo de vivienda, con la calidad esperada y se apoya en la digitación de información de extramural al aplicativo PAI en conectividad.	Se verifica el correcto diligenciamiento de los formatos de extramural con calidad del dato
Garantizar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	SI	Se realiza seguimiento al cumplimiento de las metas por parte del grupo de cohorte	supervision equipo de vacunacion covid -19
Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución.	SI	Se mantiene actitud amable y colaborativa con los demás colaboradores y la comunidad, de acuerdo a las normas internas de las instituciones visitadas.	No requiere soporte
Realizar cronograma de actividades mensual teniendo en cuenta el ajuste de las observaciones.	SI	Elaboración de cronograma de acuerdo a las 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 actividades extramurales y de igual manera se verifica cumplimiento de las mismas en la subred.	Se realiza supervisión a los auxiliares de enfermería en terreno .
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 seguimiento a usuarios vacunados.
Planeación, organización, seguimiento y evaluación de las jornadas de vacunación nacionales, distritales y locales, diseñando campañas de información con participación comunitaria.	SI	Se realiza concertación con diferentes espacios para promover las jornadas de vacunación	Se realizan jornadas de vacunación según actividades programadas por la SDS.
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 verifica cohorte y agendamiento a usuarios para vacunacion domiciliaria	se verifica asistencia de usuarios a vacuancion covid-19
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 el mes se verifica aleatoriamente identificación de remesas de biológicos e insumos. Se verifica ingreso de todos los biológicos aplicados al sistema .	Se lleva control al sistema de informacion en el ingreso y la aplicación de los respectivos biológicos.
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	SI	Se realiza el diligenciamiento del kardex y la hoja de temperatura de las diferentes neveras los fines de semana de disponibilidad	Se verifica hoja de temperatura y kardex de biológicos fines de semana de disponibilidad
Asistir y realizar reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	SI	Se asiste a reuniones de acuerdo a la programación por parte de SDS y de la lider del programa. Programación, planeación y desarrollo de comité PAI extramural.	Listados de asistencia a reuniones. Acta y listado de asistencia comité PAI Extramural.
Elaborar informes con la periodicidad y características requeridas	SI	Elaboración de informe extramural con la tactica de seguimeintos	Informe extramural por localidades y consolidado de tácticas de vacunación extramural enfocado en seguimeintos
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y especifícos del PAI.	SI	Se realiza cumplimiento del manual tecnico administrativo de PAI 2015	Manual Tecnico Administrativo.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $4.119.403(Cuatro millones ciento diecinueve mil cuatrocientos tres)

Yurani Herrera.

WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ

cc. 1031131646

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Yeny Andrea Arias 03

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación 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	1031131646	WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ	cra 85 I # 63 b 42	3107620298	wyuraniherrera@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-02	2021-02	I	10/03/2021	48589765	TOTAL A PAGAR	
					$509.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	206.000	0		0		0	0	0	0	206.000	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	263.700	0	0	0	0	0	0		263.700	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	40.200				40.200	0	0	40.200			402	40.200	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	206.000	206.000
Pensión	1	263.700	263.700
Riesgos Laborales	1	40.200	40.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	509.900	509.900

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