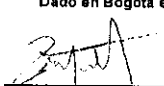
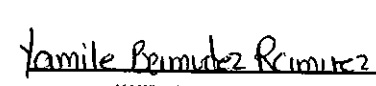


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YAMILE BERMUDEZ RAMIREZ										
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52764598					
CORREO ELECTRONICO:				yamilebermudez34@hotmail.com				CELULAR:		3124888264				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				FO09										
UBICACIÓN 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	%	
		FO09K28	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				22129685941						PENSIONADO		NO		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2782-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				4 DE 4		
NÚMERO DE CDP		610	551	FECHA	26/04/2021 14/04/2021		NÚMERO DE CRP		26828 23661		FECHA	30/04/2021 16/04/2021		
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. AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI										
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO	
						1	5	2021			31	5	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.232.442										
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0						
OBSERVACIONES: ARL LA PAGA LA SUBRED														
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO														
CONCEPTO								VALORES						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$9.192.000						
VALOR EJECUTADO								\$9.192.000						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$2.630.101						
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 <u>mínimo</u> 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 12.6% IBC		APORTE PENSION 16% IBC		NIVEL ARL		APORTE ARL		TOTAL APORTES		
60436047		\$908.528		\$113.566		\$145.364		4				\$258.930		
<p>Dado en Bogotá en el mes de Mayo del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <p> CHRISTIAN MAURICIO ACERO AMAYA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:</p> <p> YAMILE BERMUDEZ RAMIREZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>														

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 3/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:		SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO08		Sede: Epitafio	
No. de CONTRATO:		2782-2021		Período certificado desde el	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		YAMILE BERMUDEZ RAMIREZ		C. C. 52.754.598 DE BOGOTÁ	
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 auxiliar de enfermería PAI					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS		
1. 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.	Manual de convivencia firmado como aceptación del mismo.		
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	si	Alistamiento de termos y paquetes fríos para la jornada diaria.	Se realiza diario jornada mañana y tarde.		
Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estirada 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 óptimas para el desarrollo de las actividades.	Limpieza y desinfección del área de trabajo, de lavado de termos y sanitización.		
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 asignación por parte de los jefes inmediatos en este mes desarrollo actividades de vacunación extramural, se realiza entrega por parte de jefe inmediato de alimentos de protección personal por contingencia de covid 19.	Registro de SIS, kardex, consentimiento informado, de vacunación en el punto de vacunación.		
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 verificación de los formatos e insumos diligenciados.	Se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan anomalías.		
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 realiza 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, 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 educación y orientación al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad.	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	Se verifican datos para realizar el procedimiento.	Diligenciamiento y entrega de carné.		
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	si	Se realiza seguimiento en moto aplica en el mes de MAYO del 2021, 70 TV de año, 55 primeras dosis de penic, 30 segunda dosis de penic, 85 terceras dosis de penic, sarampion según lo requerido.	Se sigue a cada uno de los lugares programados según la estrategia de vacunación.		
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 extramurales ni de los usuarios.		
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	si	Esta programada para finales del mes de mayo.	Se 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 ética hacia los usuarios.	Se garantiza el cumplimiento de objetivos generales y específicos PAI aplicando los lineamientos del programa.		
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 2.630.401 Dos millones quinientos treinta mil cuatrocientos pesos					
Yamile Bermudez Ramirez		Firma de recibido supervisor: [Firma]			
YAMILE BERMUDEZ RAMIREZ CC 52754598					

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

4/1/22

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	52754598	YAMILLE BERMUDEZ RAMIREZ	KR 81 75 SUR BOSA	2087647	yamillebermudez24@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD		TOTAL A PAGAR
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLADOS	UPC	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0	\$299.000
2021-04	2021-04	1	06/05/2021	50436047			

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Cobertura Obligatoria
EPSC34	Recursos SCA C...		

EPSC24	Recaudos SGP Capital Salud	NIT	Cobtación 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					
			113.600	0	0		0		0			113.600	1

TOTALES PENSIÓN[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES		
Código ARL	Nombre	Cotización

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113,600	113,600
Pension	1	145,400	145,400
Riesgos Laborales	0	0	0
COF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	259,000	259,000

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 05/2021
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YAMILE BERMUDEZ RAMIREZ

CC 52754598

DE BOGOTA

La suma de 2.530.101 DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL CIENTO UN PESOS por concepto de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 01/05/2021 al 31/05/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2782-2021

Yamile Bermudez Ramirez
YAMILE BERMUDEZ RAMIREZ

CC 52754598 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 22129685941