6864.

| 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 | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MELKIN ALAPE RODRIGUEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1105670978 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | elkin_8621@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3104797598 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | BO35 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | Bosa | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | K10 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 62486892396 | | | | | | PENSIONADO | NO | | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0243-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 DE 2 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 32 | FECHA | 12/01/2018 | NÚMERO DE CRP | 8957 | FECHA | 31/01/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 2 | 2018 | | 28 | 2 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.613.395 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $3.226.790 |
| VALOR EJECUTADO | $1.613.395 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.613.395 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.613.395 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 50% |

**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 $ **1.953,105** 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8475814347 | $781242 | $97.655 | $124.999 | 3 | $17.921 | $240.575 |

Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yenny Andrea Alfonso B

**YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Melkin Alape

**MELKIN ALAPE RODRIGUEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

Jennifer.

BOGOTA, D.C. FEBRERO 2018

**CUENTA DE COBRO 1**

**Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.**
**NIT 900.959.048-4**
**DEBE A**

**MELKIN ALAPE RODRIGUEZ**
**CC. N° 1105670978 ESPINAL**

---

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO DE 2018 según contrato de prestación de servicios No 0243-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

**NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR:** 30 **DIAS**
**VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0**

**TOTAL COBRO:** **UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE**

**TOTAL: $ 1.613.395**

**Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.**
**A consignar el valor correspondiente**
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 62486892396
DEL BANCO: BANCOLOMBIA

| CENTRO DE COSTO | PORCENTAJE % | VALOR |
|---|---|---|
| K10 | 100% | $ 1.613.395 |
| K12 | 0% | $ - |
| K23 | 0% | $ - |
| K13 | 0% | $ - |
| K14 | 0% | $ - |
| K16 | 0% | $ - |
| K07 | 0% | $ - |
| K18 | 0% | $ - |
| K19 | 0% | $ - |
| K09 | 0% | $ - |
| TOTAL | 100% | $ 1.613.395 |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017 | | X |
| DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE | X | |
| QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44,603,000) | | X |

**CORDIALMENTE,**

Melkin Alape

***MELKIN ALAPE RODRIGUEZ***
**CC. N° 1105670978 ESPINAL** elkin_8621@hotmail.com
**TELEFONO CELULAR No. 3104797598**

| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | SALUD PUBLICA | | | | | **Sede: BOSA** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 0243-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 2 | 2.018 | | 28 | 2 | 2.018 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MELKIN ALAPE RODRIGUEZ | | **C. C.** | 1,105,670,978 | | **DE** | ESPINAL | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente**

**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 | Soporte de manual de convivencia para la estrategia PAI - Extramural | Manual de convivencia firmado como aceptación del mismo |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente. | SI | Durante el alistamiento de termos y paquetes frios se aplican los pasos descritos en el manual PAI para garantizar el cumplimiento de la cadena de frio y se diligencian los formatos deacuerdo a la calidad esperada. | Registro de temperatura, de sanetizacion, y registro de humedad. |
| 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 realiza lavado de termos al finalizar la jornada laboral, las loncheras de carga de insumos se mantiene limpio y organizado teniendo en cuenta que los insumos limpios esten separados de lo contaminado. | Termos, paquetes frios y loncheras limpios en el servicio |
| 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 el mes de FEBRERO desarrolle mis actividades en la estrategia concentracion Caps Pablo VI | Registros de sis diarios de vaciunación, en cada una 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 | En este mes se garantizo por parte de la institucion los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades y no se presento ninguna anomalia. | Se evidencia con la presencia de la papeleria que se utilizo para los registros adecuados |
| 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 | Socializacion de lineamientos del programa para el desarrollo de PAI de acuerdo a las diferentes estrategias. | Registro de asistencia al comité PAI extram |
| 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 realiza diligenciamiento del registro diario de vacunacion, kardex y formato de casa visitadas con la calidad esperada, sin tachones ni enmendaduras y diligenciando todas las variables, de acuerdo a l informacion suministrada por los usuarios. | Sis diarios de vacunacion debidamente diligenciados, hoja de censo de viviendas de la población objeto |
| 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 | Durante el procedimiento de vacunacion se brinda educacion acerca de las vacunas que se van a aplicar, los beneficios, cuidados en casa y los posibles eventos seguidos a la vacunacion, de igual manera se realiza demanda inducida de acuerdo a las necesidades de los usuarios atendidos. | Indicacion de cuidados postvacunales y oferta de servicios de la subred suroccidente |
| 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 | Durante el procedimeinto de vacunacion se aplican los correctos de vacunacion. | Procedimientos basados en los correctos de vacunacion |
| Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa. | SI | Se realiza lectura del carnet de vacunas y se confirma la informacion con el aplicativo PAI en conectividad, de acuerdo a disponibilidad de esta herramienta informatica. | Carnets debidamente diligenciados |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución. | SI | Se asiste a cada uno de los lugares programados según la estragia de vacunacion | Durante este mes se realizo la estrategia de concentracion CAPS PABLO VI, logrando vacunar 94 recien nacidos con BCG Y Hepatitis B, 5 segundas de pentavalente, 3 terceras de pentavalente, 2 triple viral de año, 7 R1, 4, R2, y 8 DPTA. |
| 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 | Mi actitud es amable con mis compañeros de trabajo y en la vacunacion casa a casa se hace notificacion a los lideres de la comunidad. | Ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramural ni de los ususarios |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | SI | En el mes de FEBRERO se asistio a las reuniones según programacion. Soporte en listados de asistencia. | Soporte de asistencia a reuniones |
| 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 maneja de manera confidencial la informacion y actividades desarrolladas, garantizando custodia y cuidado de la informacion. | Se maneja una comunicación asertiva bajo la confidencialidad |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI. | SI | Aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades. | Se realizan las tacticas de vacunacion bajo los lineamientos del manual tecnico administrativo PAI |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,613.395 un millon seisientos trece mil trecientos noventa y cinco**

Melkin Alape.

MELKIN ALAPE RODRIGUEZ C.C 1,105,670978

Fecha : /FEBRERO/2018 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.

VoBo

S GENERALES DEL APORTANTE

| tificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 670978 | | ALAPE RODRIGUEZ MELKIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRE 21B NO 26-81 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 5173165 | No |

S GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ón | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| | 2018-02 | 71211028 | 8475814347 | I | 2018/02/19 | 2018/02/07 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $241,800 |

**DACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **RSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 | | $241,800 |
| **de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 | | $241,800 |
| SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 | | $241,800 |
| 1105670978 | ALAPE MELKIN | | | | | | | | | | | X | | | | | | | 25-14 | 30 | $781,242 | $125,000 | EPS044 | 30 | $781,242 | $97,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-28 | 30 | $781,242 | $19,100 | 0 | $0 | $0 | No | $241,800 |
| **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 | | $241,800 |


S GENERALES DEL APORTANTE

| tificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 670978 | | ALAPE RODRIGUEZ MELKIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRE 21B NO 26-81 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 5173165 | No |

S GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ón | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| | 2018-02 | 71211028 | 8475814347 | I | 2018/02/19 | 2018/02/07 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $241,800 |


**IMEN DE PAGO**

| O | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| LPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $125,000 | $0 | $0 | $125,000 |
| DMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $19,100 | $0 | $0 | $19,100 |
| P SURA (ANTES SURATEP) | 14-28 | 800,256,161 | 9 | 1 | $19,100 | $0 | $0 | $19,100 |
| DMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $97,700 | $0 | $0 | $97,700 |
| DIMAS EPS | EPS044 | 901,097,473 | 5 | 1 | $97,700 | $0 | $0 | $97,700 |
| L | | | | 1 | $241,800 | $0 | $0 | $241,800 |