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	Version	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AVILA RAMIREZ ALVARO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	19400314						
CORREO ELECTRONICO:	alvaroavilaramirez2506@hotmail.com				CELULAR:	3125155652						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					KE10							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ESTERILIZACION				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	N05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	00997042596 4								PENSIONADO	SI		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y V IGENCIA:	1155/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 6			
NÚMERO DE CDP	1109	FECHA	26-06-18	NÚMERO DE CRP	28977		FECHA	30-06-2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO	
		1	7	2018			31	7	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.576.350									

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	central esterilizacion		**Sede: KENNEDY**								
No. DE CONTRATO:	SO-1155-2017	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	7	2.018		31	7	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALVARO AVILA RAMIREZ		**C. C.**		19.400.314		**DE**		BOGOTA

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 __ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ACTIVIDADES BÁSICAS: 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades -2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento.-3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.-4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada.-5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. -6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales.-7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.-8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados. -9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la	100%	Realiza las actividades asignadas a cada una de las áreas de la Central de esterilización: Lencería y autoclaves, organización y empaque, áreas estéril y área contaminada. - Inspecciona, empaca y rotula los set de instrumental, equipos médicos y dispositivos biomédicos que van a ser esterilizados según instructivo institucional. - Inspecciona, empaca y rotula la ropa quirúrgica y elementos accesorios que van a ser esterilizados según instructivos institucionales. - Esteriliza los set de instrumental, equipos médicos, dispositivos biomédicos y ropa quirúrgica, según instructivos institucionales. Realiza el cuidado de los equipos. - Recepciona y entrega el material remisionado según normas institucionales. - Realiza el alistamiento quirúrgico (equipos, piezas accesorias, ropa, etc) según instructivo institucional.	- Cuadernos de recepción y entrega de elementos de piso. - Cuaderno de entrega de instrumental de Salas de cirugía. - Libro de cargas de Sterrad y autoclaves - Libro de entrega y salida de remisiones
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 7. Llenar a cabalidad los formatos de específicos del área, escribiendo en los formatos respaldando toda actuación con su nombre y sello.-8.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. 9. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades.	100%	- Realiza los registros correspondientes a cada una de las áreas de la central de esterilización, de manera clara, legible, sin tachones ni enmendaduras. - Elabora rotulos para identificación de paquetes según instructivo institucional. - Registra de manera oportuna los reportes de indicadores físicos, químicos y biológicos de manera que permitan hacer trazabilidad de los equipos y dispositivos médicos. - Realiza el control de reusos de los dispositivos médicos reprocesables, de acuerdo, a la Matriz de reuso institucional.	- Cuadernos de recepción y entrega de elementos de piso. - Cuaderno de entrega de instrumental de Salas de cirugía. - Libro de cargas de Sterrad y autoclaves - Libro de entrega y salida de remisiones
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 10. Recibir y entregar la información detallada de cada área de la Central de esterilización.	100%	- Realiza el recibo y entrega de turno, por cada una de las áreas informando: tareas realizadas y tareas pendientes, novedades de los equipos, procedencia de los dispositivos médicos, fallas que se pudieran presentar en el proceso, etc.	- Libro de recibo y entrega de turno

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

NILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1013570642

e 2018 **Periodo Servicio:** julio de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8876554530

)O 12/07/2018

cción	CALLE 42 C 73 B 05
fono	3125155652
na Presentación	ÚNICO
artamento	BOGOTA D.C.
tificación	CC 19400314
	ARP SURA

Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
idora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
IN001) anies	$ 781.242	$ 97.700	2,436	$ 781.242	$ 19,100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.800

Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.800	$ 800	$ 117 600

55 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ier el medio ambiente está en nuestras manos.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
SECRETARIA GENERAL

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

EL SUSCRITO JEFE GRUPO PENSIONADOS
HACE CONSTAR

NRO. 28720

Que el (la) señor(a) ALVARO AVILA RAMIREZ identificado con Cedula de Ciudadanía No. 19.400.314, es TITULAR de pensión de Jubilación, reconocida mediante resolución No 03806 del 16 de Octubre de 2007.

Que de la mesada pensional se descuenta un 4% con destino a la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional.

La presente constancia se expide a solicitud del TITULAR, para ser presentada en A Quien Interese .

Bogota, 14 de Julio de 2016

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

TEGEN
PENSIONADO



CC 19400314
Documento de Identificación

AVILA RAMIREZ
Apellidos

ALVARO
Nombres

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

TECNICO OPERATIVO -11
Grado del Titular