7513

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
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA MARITZA ABRIL MALAGON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52527588							
CORREO ELECTRONICO:	soniabril@hotmail.com				CELULAR:	3144788098							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Fontibon							
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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380764998								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0226-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8940	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	3	2018		30	3	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.226.790
VALOR EJECUTADO	$3.226.790
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
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 $ 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
8886211850	$781242	$97.655	$124.999	3	$17.921	$240.575

Dado en Bogotá en el mes de MARZO 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:

Sonia Abril Malagón

SONIA MARITZA ABRIL MALAGON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ebeff Marzo 2018

BOGOTA, D.C. MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 2

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

SONIA MARITZA ABRIL MALAGON
CC. N° 52527588 BOGOTA

Por concepto de servicios prestados durante el mes de MARZO DE 2018 según contrato de prestación de servicios No 0226- 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 7380764998
DEL BANCO: DAVIVIENDA

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, Sonia Abril Malagon

SONIA MARITZA ABRIL MALAGON
CC. N° 52527588 BOGOTA soniabril@hotmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3144788098

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:	FO09									sede. UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSTON		
No. DE CONTRATO:	0226-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	3	2.018		30	3	2.018			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA MARITZA ABRIL MALAGON		C. C.		52.527.588		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 __X__ NO ____ Servicios: SI __X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, específico para el PAI.	si	Se da cumplimiento a las actividades asignadas por el Jefe inmediato con la calidad , oportunidad y pertinencia esperada de acuerdo al manual técnico administrativo PAI	se acepta y se firma el manual de convivencia
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frio y y diligencia miento de formatos establecidos según normativa vigente.	si	control diario de temperatura, alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria,control de humedad relativa.	registro y sanitizacion,
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 mantiene el área de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las actividades	registro de lavado diario de termos y sanitizacion.
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	Durante la educación se hace la demanda inducida de acuerdo a las necesidades del usuario.	se da cumplimiento y participación en las diferentes tácticas de la institución
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 oportunamente 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 tiene conocimiento del procedimiento para la realización de las actividades	se asiste al comité PAI
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 y concisa y veraz la información sin tachones ni enmendaduras.	registro de sis 150 diario de adulto y niños,verificacion de carnet
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 promoción y prevención .	SI aplica.
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 desecha los residuos según manual	se entrega a servicios generales
Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa.	si	Se verifican datos para la realización del procedimiento.	diligenciamiento y entrega de carne.
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	si	En el mes de MARZO EN SEDE BOSTON . 2 dosis:4 , 3 dosis: 1 , del año:6 , 18 meses: 3, 5 años: 6, tetanos:5, a celular: 2 , se realiza entrega y recepcion de biologicos, arqueo de nevera, arreglo y entrega de insumos, toma de temperatura, digitacion de concentraciones.	se entregan los formatos
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 los usuarios.	manual de convivencia.
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	si	Esta programada para finales del mes	En espera del 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.	En mi prestacion del servicio.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.613.395 un millon seiscientos trece mil trecientos noventa y cinco pesos

Sonia Abril Malagón

SONIA MARITZA ABRIL MALAGON CC 52,527588

Fecha . dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor 28 febrero de 2017 Yenny Andrea Alfonso B

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

Simple

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	2018-03-09, 08:44:28 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2018
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2018
Empresa	SONIA MARITZA ABRIL MALAGON
CEDULA CIUDADANIA	CC 52527588
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8886211850 / 1011251979
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 241.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Numero Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 125.000	$ 0
N901097473	EPS044	MEDIMAS EPS	1	$ 97.700	$ 0
N800256161	14-28	ARP SURA	1	$ 19.100	$ 0
			SubTotales:	$ 241.800	$ 0
			Total a Pagar:		$ 241.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!