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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA ALEJANDRA PEÑA ORTIZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016081979							
CORREO ELECTRONICO:	linitaortiz.11@gmail.com				CELULAR:	3219800590							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SU40								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	TERMINAL TERRESTRE				SEDE:	PUENTE ARANDA - AEROPUERTO							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K26	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007380809744								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1634-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 de 12				
NÚMERO DE CDP	1731 26	FECHA	29/10/2018 2019-01-10	NÚMERO DE CRP	44735 8821	FECHA	31/10/2018 2019-01-15				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, 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	1	2019		31	1	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.416.018										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$16.992.216
VALOR EJECUTADO	$16.992.216
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.416.018
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1016316257	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA MILENA AYALA MORENO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Lina Alejandra Peña
LINA ALEJANDRA PEÑA ORTIZ
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:	SU40				**Sede:** PUENTE ARANDA - AEROPUERTO				
No. DE CONTRATO:	1634-2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	1	2.019		31	1	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA ALEJANDRA PEÑA ORTIZ		**C. C.**	1.016.081.979		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, 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

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X_ NO ____ **Servicios:** SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1-Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, especifico para el PAI.	SI	Se firma y se da cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, especifico para el PAI	sis 150,kardex diario
2-Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frio 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 de acuerdo a la calidad esperada.	sanitizacion
3-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 servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y se realiza alistamiento del termo, las pilas y los insumos requeridos para los procedimientos de la jornada laboral.	registro de lavado de termos,sanitizacion
4-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 el mes de ENERO desarrolle mis actividades en la estrategia de vacunación intramural en UMHE FONTIBON.	se da cumplimiento y participacion en las diferentes tacticas de la institucion
5-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 tecno vigilancia.	SI	En este mes se garantizo por parte de la institución los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades y no se presento ninguna anomalia.	se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan anomalias
6-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	Al inicio de mes por parte de la referencia del programa se hizo socialización del nuevo modelo de atención del PIC y los lineamientos para el desarrollo de PAI de acuerdo a las diferentes estrategias.	programado para final de mes
7-Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, el 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, completa y oportuna, el software, instrumentos y formatos que me son encomendados, así como se vela por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	kardex diario,sis 150 Y registro aplicativo PAI.
8-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 vacunación se brinda educación acerca de las vacunas que se van a aplicar, los beneficios cuidados en casa y los posibles eventos seguidos a la vacunación, de igual manera se realiza demanda inducida de acuerdo a las necesidades de los usuarios atendidos.	Se hace cumplimiento.
9-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 procedimiento de vacunación se aplican los correctos de vacunación.	se entrega a servicios generales
10-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 información con el aplicativo PAI en conectividad, de acuerdo a disponibilidad de esta herramienta informática.	diligenciamiento y entrega de carnet
11-Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	SI	Durante el mes de ENERO se vacuno en el UMHE FONTIBON. POLIO IM:**44**; POLIO ORAL:**86**; PENTAVALENTE:**66**; ROTAVIRUS. **41**;NEUMODECAVALENTE: **75**; TRIPLE VIRAL: **63**; HEPATITIS A: **30**; HEPATITIS B. **60**; BCG:**57**; VARICELA **31**; DPT **63**; DTPA PEDIATRICO:**3**; FIEBRE AMARILLA:**29**; NEUMO23:**6**; VPH:**7**; DPTA:**6**; ANTIRRABICA:**62**; TETANO:**19**; INFLUENZA ADULTO:**24**; INFLUENZA NIÑO:**4**; CARNE NIÑO:**130** Y CARNE ADULTO: **6**	sis 150,kardex diario
12-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	Se mantiene actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Se promueve en mi área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud.	sis 150,kardex diario
13-Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	SI	En el mes según programación NO se asiste a comité PAI	manual de convivencia
14-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 información y actividades desarrolladas, garantizando custodia y cuidado de la información.	en espera de listado de asistencia
15-Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI.	SI	Conozco y aplico los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI.	en mi prestacion de servicio

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.416.018 UN MILLON CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL DIECIOCHO PESOS M/C

Lina Alejandra Peña Ortiz · C.C 1016081979
NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Lina Alejandra Peña Ortiz

Fecha de radicación y Firma de recibido Supervisor:

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	2018-11-20, 04:15:45 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2018
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2018
Empresa	LINA ALEJANDRA PENA ORTIZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1016081979
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8871619350 / 1016316257
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	39941607
Banco	(1023) - BANCO DE OCCIDENTE
Valor	$ 241.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 125.000	$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 97.700	$ 0
N800256161	14-28	ARP SURA	1	$ 19.100	$ 0
			SubTotales:	$ 241.800	$ 0
			Total a Pagar:		$ 241.800