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:	NELLY TRIVIÑO LOSADA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	26428517							
CORREO ELECTRONICO:	nelly.trivio@yahoo.es				CELULAR:	3133931577							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SU40												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				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:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24050013331								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3480-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12		
NÚMERO DE CDP	1731 26	FECHA	2018-10-29 10/01/2019	NÚMERO DE CRP	45893 9935	FECHA	2018-10-31 15/01/2019		
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 contrato interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.								
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:	$16.756.213
VALOR EJECUTADO	$16.756.213
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
8656769066	**$781.242**	**$97.655**	**$124.999**	3	**$19.030**	**$241.684**

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Nelly Triviño
NELLY TRIVIÑO LOSADA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:	3480- 2018	**Periodo certificado desde el**		Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
				1	1	2.019		31	1	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NELLY TRIVIÑO LOSADA			C. C.		26.428.517	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 ____ 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	Se firma y se da cumplimiento al Manual de Convivencia segun lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, especifico para el PAI.	sis 150,kardex diario
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frio y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	SI	Duarente 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.	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 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
Realizar actividades de auxiliar de enfermeria 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 enero desarrolle mis actividades en la estrategia de vacunacion intramural en el TERMINAL TERRESTRE.	se da cumplimiento y participacion en las diferentes tacticas de la institucion
Informar y solicitar oportunamente al lider del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalias 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 solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan anomalias
Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guias, protocolos, lineamientos y procedimientos del área, vigentes.	SI	Al inicio de mes por parte de la referencia del programa se hizo socializacion del nuevo modelo de atencion del PIC y los lineamientos para el desarrollo de PAI de acuerdo a las diferentes estrategias.	programado para final de mes
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, asi como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	SI	Se diligencia de manera clara, completa y oportuna, los 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
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.	no 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	Durante el procedimeinto de vacunacion se aplican los correctos de vacunacion.	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 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.	diligenciamiento y entrega de carnet
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	SI	Durante el mes de enero se vacuno en el : F. Amarilla : 4500 personas entre edades de un año hasta los 59 a ños de edad, Sarampion Y Robeola entre las edades de 11 a 49 de edad : 500,TD: hasta los 49 a ños de edad mujer de edad fertil y : 100 , aplicación de esquema regular (tadio venezolano) 10 :polio oral:10 DPT 10,nemococo: 40, Hepatitis A : 40,Varicela: 40,Tripleviral:30,,Hepatiits B:3,Dpta: 2	sis 150,kardex diario
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
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	SI	Se asiste a comité pai del mes de enero	manual de convivencia
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.	en espera de listado de asistencia
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 APAGAR (Numero y letras) 1416.018 UN MILLON CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CERO DIECIOCHO PESOS

Nelly Triviño

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	NELLY TRIVIÑO LOSADA
IDENTIFICACION:	CC-26428517
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-12-18
FECHA DE PAGO:	2018-12-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2018-12
PERIODO SALUD:	2018-12
NUMERO PLANILLA:	8656769066
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8699892011
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 97,700	$ 97,700
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 125,000	$ 125,000
14-28	800256161	ARL SURA	1	$ 0	$ 19,100	$ 19,100
		Total a pagar		$ 0	$ 241,800	$ 241,800