| 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: | JULIETH LORENA MARQUEZ PRECIADO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1013632775 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | | CELULAR: | 3138455037 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | PA30 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | % | |
| | K26 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24063600490 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 6038-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 3 de 3 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2121<br>27 | FECHA | 27/12/2018<br>10/01/2019 | NÚMERO DE CRP | 51867<br>11320 | FECHA | 28/12/2018<br>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: | $1.613.395 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | |

OBSERVACIONES:

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $4.840.185 |
| VALOR EJECUTADO | $4.786.406 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.613.395 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $53.779 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1017830405 | $781242 | $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,

Jenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Lorena Marquez

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | FO09 | | | PIC FONTIBON | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 6040-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 1 | 2.019 | | 31 | 1 | 2.019 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JULIETH LORENA MARQUEZ PRECIADO | | **C. C.** | 1.013.632.775 | | | DE | BOGOTÁ | | |

**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 |
|---|---|---|---|
| 1.Dar cumplimiento al Manual de Convivencia segun lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, especifico para el PAI. | si | Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato , | manual de conviviencia firmado como aceptqacion del mismo. |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frio y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente. | si | Alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria. | se realiza diario joranada mañana y tarde. |
| 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 area de trabajo en condiciones optimaspara el desarrollo de las atividades | limpieza y desinfeccion del area de trabajo, de lavado de termos y 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 losa jefes inmediatos en este mes desarrolle actividades de vacunaion extramural,casa a casa, seguimientos y concentracion | registro de SIS diarios de vacunaion en cada uno 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 | al finalizar la actividad se hace verificacion de los formatos e insumos diligenciados | 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, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área vigentes. | si | se realiza las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo encuenta la poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes. | se realixo con calidad y oportunamente las actividades programdas de vacunacion. |
| 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,concisa y veraz sin tachones ni enmendaduras. | se entrega de manera clara, completay oportuna cada uno de los soportes diarios SIS y KARDEX |
| 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 educacion y orientacion al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad. | Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promocion y prevencion. |
| 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 maneja el manual de bioseguridad ,los cinco correctos y se da educacion a cada uno de los usuarios brindando una atencion segura. | Dar cumplimiento a la educacion requerida para los usuarios ,aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguridad, |
| Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa. | si | se verifican datos para realizar el procedimiento. | diligenciamiento y entrega de carnet |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución. | si | Apoyo concentración, casa casa localidad de kennedy y bosa y hotel marriot, biologicos aplicados SR:40, influenza adulto:30, td:20, primeras:4, segundas:2, terceras:4, años:3, R1:5, R2:6, neumo23:6, vph:8, dpta:3. | se asiste a cada uno de los lugares programados según la estrategia de vacunacion. |
| 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 relaiones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios. | ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramurales ni de los usuariuos. |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | si | se asiste a comité extramural del mes de enero 2019 | firma 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 etica hacia los usuarios. | se garantizo el cumplimiento de objetivos generales y especificos PAI aplicando los lineamientos del programa. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,613,395 un millon seiscientos trece mil trescientos noventa y cinco**

Julieth Lorena Marquez

JULIETH LORENA MARQUEZ PRECIADO C.C 1013632775

Fecha dd/mm/aaaa

Firma de recibido supervisor: Jenny Adriana 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** | 2019-01-04, 03:07:41 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2018 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | diciembre de 2018 |
| **Empresa** | JULIETH MARQUEZ PRECIADO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1013632775 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8897586020 / 1017830405 |
| **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 | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 125.000 | $ 0 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR 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 |



SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!