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@yohoo.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			4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	16/04/2018	NÚMERO DE CRP	22633	FECHA	30/04/2018			
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 contrato interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2018		30	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.416.018									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0					

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.428.069
VALOR EJECUTADO	$5.428.069
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
8662908184	$781.242	$97.655	$124.999	3	$17.921	$240.575

Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año Dos Mil (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA MILENA AYALA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Nelly Triviño Losada
NELLY TRIVIÑO LOSADA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Red Hospitalaria Solidaria 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:	FO09			Sede: USS Fontibon							
No. DE CONTRATO:	3480- 2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
				1	5	2.018		30	5	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NELLY TRIVIÑO LOSADA			C. C.	26.428.517		DE	NEIVA			

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.	Acta de reunión tema lineamientos
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.	Formatos Diligenciados diariamente
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.	Entrega de insumos de acuerdo a lineamiento
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 Agosto desarrolle mis actividades en la estrategia de vacunacion intramural en el UMHE fontibon.	Entrega de turno según horario establecido por jefe inmediato
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	En este mes se gárantizo por parte de la institucion los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades y no se presento ninguna anomalia.	Recepcion y entrega en cada turno de materiales e insumos de trabajo.
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 socializacion del nuevo modelo de atencion del PIC y los lineamientos para el desarrollo de PAI de acuerdo a las diferentes estrategias.	se asiste a comité marzo 2018
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, 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.	Actualizacion diaria de base de datos, y aplicativo de acuerdo a la vacunado
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.	Educacion a padres de cada vacuna que se le suministra a los menores
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.	cumplimiento del manual PAI
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.	Revision en aplicativo de esquema de vacunacion
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	SI	En el mes de Mayo se vacuno BCG 16 HB 15, polio IM 15, polio oral 55, pentavalente 70, rotavirus 36, neumococo 49, DPT 21, fiebre amarilla 15, triple viral 24, varicela 13, hepatitis A 14, TD 37,antirrabica31, vph 6 dpta 5,	
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.	Se realizaron las actividades de acuerdo al lineamiento y las descritas en el contrato
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	SI	Se asiste a comité pai del mes de marzo	Se asiste a comité pai del mes mayo
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.	Entrega diaria de archivo de acuerdo a lineamientos
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.	Entrega de informe de actividades con metas realizadas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras) 1416.018 UN MILLON CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CERO DIECIOCHO PESOS

Nelly Triviño Losada

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Nota. El informe para su aprobación estará 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:	2018-05-04
FECHA DE PAGO:	2018-05-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2018-05
PERIODO SALUD:	2018-05
NUMERO PLANILLA:	86629081 84
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