| 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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | EFRAIN GUERRERO SANCHEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 91161959 | |
| CORREO ELECTRONICO: | efra8527@hotmail.com | | | | CELULAR: | 31423666829 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PROGRAMAS Y ACCIONES PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K26 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO AV VILLAS S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 656778490 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2993 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2317 | FECHA | 2023-09-28 15:44:28.000 | NÚMERO DE CRP | 47141 | FECHA | 2023-09-29 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-09-01 | | 2023-09-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,460,374 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A | | | | |

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: | $19,464,547 |
| VALOR EJECUTADO | $19,388,775 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,460,374 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $75,772 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 70009814 | $984,150 | $123,019 | $157,464 | 3 | $23,974 | $304,457 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CHRISTIAN ACERO
1032393003
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1.Dar cumplimiento al Manual de Convivencia segun lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, específico para el PAI. | Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato | Se cumplio con el manual de convivencia con calidad,oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente. | Alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria | Realizar alistamiento de termos y paquetes frios para desarrollar el cumplimiento de cadena de frio según lineamientos |
| 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. | se mantiene durante el mes el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas | Se realiza sanitizacion al finalizar la actividad del termo y elementos de vacunacion durante el mes |
| 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. | Se laboro en seguimientos en la localidad kennedy | Biologicos aplicados,primeras 8,segundas 5,terceras 10,de año 10,r1 9,r2 8 influenza niño 20,influenza adulto 50 |
| 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. | Al iniciar la actividad se hace verificacion de los formatos a diligenciar y según la necesidad de los insumos y elementos requeridos para realizar la actividad que esta programada se hace la solicitud al lider del area | Al terminar la actividad se entrega sis 150, kardex diario de vacunacion,carné de niños y adultos,jeringas ,algodón,agua esteril,contenedores de paredes rigidas,bolsas roja ,gris y verde,supragel, jabon quirucidal |
| 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. | 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 realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas 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. | Se diligencia sis 150,kardex diario,carnès niños y adultos.Aplicativo PAI en tiempo real y completo | Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150,kardex diario del mes |
| 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. | Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividedes educacion sobre la importancia de continuar con los difrerentes programas de promocion y prevencion | 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. | Se maneja el manual de bioseguridad ,los cinco correctos y se da educacion a cada uno de los usuarios brindando una atencion segura.,adicional se utiliza los elementos de proteccion personal,tales como gorro,tapabocas N95 ,guantes,bata,monogafas,careta,se realiza la entrega diaria durante el mes | 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. | Dar cumplimiento a la educacion requerida para los usuarios ,aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguridad | Se realiza lectura de cada uno de los carné debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución. | Se laboro en seguimientos en la localidad kennedy | Se laboro para el cumplimiento de metas |
| 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. | Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud | Se da a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable y colaborativa |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | Se da a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable y colaborativa | Se asistió a las reuniones según programación y soporte en listados 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. | Se tiene absoluta reserva de la información que se da a conocer en el desarrollo de las actividades | Se guarda absoluta reserva de la información conocida en cada una de las actividades desarrolladas y relacionadas con el hospital |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI. | Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes | Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI aplicando los lineamientos del programa |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

CHRISTIAN ACERO
1032393003
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** EFRAIN GUERRERO SANCHEZ
**No. Identificación:** CC91161959
**Dirección:** KR 102 155 19 IN 7 AP 204
**Telefono:** 3142366829
**Correo:** efra8527@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 70009814

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | EFRAIN GUERRERO SANCHEZ | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC91161959 | **Periodo de Cotización Salud** | agosto de 2023 |
| **Número de planilla** | 70009814 | **Periodo de Cotización Pensión** | agosto de 2023 |
| **Fecha pago** | 2023-09-08 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 1515483 | **Total Pagado** | 382100 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 28300 | 1 |
| 231001 | Colfondos | 185600 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 23200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 145000 | 1 |

70009814

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 91161959
APELLIDOS Y NOMBRES: EFRAIN GUERRERO SANCHEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 231001 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 23200 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 09/2023

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S. E NIT:

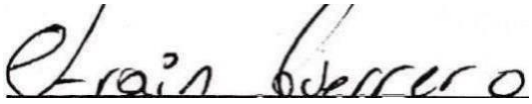
900. 959.048-4

DEBE A:

EFRAIN GUERRERO SANCHEZ

CC 91 161 959 DE FLORIDABLANCA SANTANDER

La suma de $2.460.374 Dos millones cuatrocientos sesenta mil trescientos setenta y cuatro pesos M/cte. por concepto de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo del 01/09/2023 al 30/09/2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°2993-2023



EFRAIN GUERRERO SANCHEZ

CC: 91 161 959 DE FLORIDABLANCA SANTANDER

CUENTA DE AV VILLAS

656778490