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:	ANA MERCEDES FANDIÑO DIAZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.480.126							
CORREO ELECTRONICO:	afandino468@gmail.com				CELULAR:	3202303383							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FO09								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K26	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300840720								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5296-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2	
NÚMERO DE CDP	332	FECHA	28/02/2019	NÚMERO DE CRP	18111	FECHA	06/03/2019
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como auxiliar de Enfermeria para procesos de Salud Publica para el hospital de Fontibon E.S.E o donde se requieran sus servicios conforme a los requerimientos realizados por el supervisor del contrato						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	4	2019		30	4	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.710.199							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%						
OBSERVACIONES:								

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.420.398
VALOR EJECUTADO	$3.249.361
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.710.199
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$171.037
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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 **$2,070,290** 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1018820394	$828.116,00	$103.515	$132.499	3	$20.173	$256.186

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año DOS MIL DIECINUEVE (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ana Mercedes Fandiño Diaz

ANA MERCEDES FANDIÑO DIAZ

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	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-0008	

Ubicación del Servicio:	SALUD PÚBLICA PIC FONTIBON FO09			Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	5296-2019	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	4	2.019		30	4	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA MERCEDES FANDIÑO DIAZ		C. C.	52.480.126				BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria, 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 ____ 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 frío 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 descuerdo 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 ABRIL 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 garantizo 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.	no se a requerido
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	Durante el mes de ABRIL se vacuno en el UMHE fontibon : polio inyectable: 36, polio oral:47, rotavirus:31, neumococo:43, triple viral:31, hepatitis A:23, varicelas:22 , dpt:30 , fiebre amarilla:14,bcg:72, hepatitis B: 71, antirrabicas: 55 , pentavalente:53, td:27, Dpta: 5, carné nacional:118y carné de niño: 83.	Base de datos y aplicativo actualizado diariamente, con las vacunas aplicadas.
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	NO Se asiste a comité pai del mes de Abril.	NO Se asiste a comité pai del mes de Abril.
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 APAGAR (Numero y letras) $ 1,710,199 UN MILLÓN SETECIENTOS DIEZ MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ANA MERCEDES FANDIÑO DIAZ 52480126 BTA
NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha ; dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Tony Andrade Alfaro

Simple

Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de información	900097533-9
Razón Social del Operador de información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2019-03-04, 01:07:25 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2019
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2019
Empresa	ANAMEROEDES FANDIÑO DIAZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 52480126
Código Sucursal (Nombre)	
Referencia de Pago/ Número Planilla	8897212480 / 1018820394
Tipo de Planilla	
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 272.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 132.500	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD		$ 103.800	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 20.200	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR		$ 16.600	$ 0
			SubTotales:	$ 272.900	$ 0
			Total a Pagar:		$ 272.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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!