| 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: | DIANA MARCELA HERNANDEZ ACEVEDO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | | NO. | 53080552 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | alejandrasara23@gmail.com | | | | | CELULAR: | 3124918237 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | FO09 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES | | | | | 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 | 8480311136 | | | | | | PENSIONADO | NO | | | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5011-2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 11 DE 11 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | | FECHA | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 1 | 2020 | | 31 | 1 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.710.199 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $18.648.525 |
| VALOR EJECUTADO | $18.641.169 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.710.199 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $7.356 |
| 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 **$2,070,290** 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9401398318 | **$828.116,00** | **$103.515** | **$132.499** | 3 | **$20.173** | **$256.186** |

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Jenny Andrea Alfonso B
**YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Diana Marcela Hernández A
**DIANA MARCELA HERNANDEZ ACEVEDO**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| Versión | 2 |
| Fecha de aprobación | 3/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09 | | **Sede: FONTIBON** | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 5011-2019 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 1 | 2.020 | | 31 | 1 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | DIANA MARCELA HERNANDEZ ACEVEDO | | **C. C.** | 53,080,552 | | | **DE** | BOGOTA | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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 __X_ 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 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. | si | Realizar control diario de temperatura, alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria,control de humedad relativa. | Registro de temperatura, sanitizacion, y registro de humedad, control de remesas,sis 150. |
| 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 | en el mes se mantiene 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 enfermeria intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la Institución. | si | Se realiza concentraciones en la localidad Fontibon,Se realiza seguimiento a la cohorte de las localidades de Puente Aranda y Fontibon. | Se realiza oportunamente concentraciones en la localidad Fontibon,Se realiza seguimiento a la cohorte de las localidades de Puente Aranda y Fontibon. |
| 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 | 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,carnes 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, guias, 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 realizo con calidad y oprtunamente 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. | si | Se diligencia sis 150,kardex diario ,hojas de temperarutas,carnes niños y adulto,se ingresa en Aplicativo PAI, actualizacion de carnes. | Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150,kardex diario,hojas de temperaturas 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. | si | 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. | 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 | Verificar y interpretar según la normatividad vigente cada carne de niños y adultos para asi realizar el procedimiento correspondiente a vacunacion. | Se realiza lectura de cada uno de los carnes debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados. |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución. | si | Se realiza oportunamente concentraciones en la localidad Fontibon,Se realiza seguimiento a la cohorte de las localidades de Puente Aranda y Fontibon. | Se realizo concentraciones en la localidad de Fontibon,Se realiza seguimiento a la cohorte de las localidades de Puente Aranda y Fontibon. para un Total de Biologicos aplicados 1Ras de Pentavalente-1 ,2Das de Pentavalente-1, TV de año-1,Influenza Adulto-5.Total de Seguimientos 470. |
| 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 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 institucion una actitud respetuosa y amable y colaborativa. |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | si | Se asiste a runiones programadas en el mes . | Se asistio a las reuniones según programacion y soporte en listados de asisitencia. |
| 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 realiza absoluta reserva de la informacion que se da a conocer en el desarrollo de las actividades. | Se guarda absoluta reserva de la informacion conocida en cada una de las actividades desarrolladas y realicionadas con el hospital. |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI. | si | Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes. | Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,710,199 un millon setecientos diez mil ciento noventa y nueve pesos**

DIANA MARCELA HERNANDEZ A.

DIANA MARCELA HERNANDEZ ACEVEDO C.C 53,080,552

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Jenny Andrea Alfonso

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

V.B.

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 53080552 | | HERNANDEZ ACEVEDO DIANA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 40b # 86-18 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2643718 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2019-12 | 2019-12 | 05498035 | 9401398318 | I | 2020/01/15 | 2020/01/07 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $256,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $0 | $0 | | | $828,116 | $20,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $0 | $0 | | | $828,116 | $20,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $0 | $0 | | | $828,116 | $20,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 53080552 | HERNANDEZ DIANA | 231001 | 30 | $828,116 | $132,500 | EPS002 | 30 | $828,116 | $103,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $828,116 | $20,200 | 0 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $0 | $0 | | | $828,116 | $20,200 | | $0 | $0 |