DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 08/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NELLY TRIVIÑO LOSADA

CC 26428517

DE NEIVA-HUILA

La suma de 2.197.015, dos millones ciento noventa y siete mil quince por concepto de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 01/08/2020 al 31/08/2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 79-2020

Nelly Triviño Losada

NELLY TRIVIÑO LOSADA

CC 26428517 DE NEIVA-HUILA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24050013331

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:	3184717408							
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	%	Centro de costo	%	
	FO09K26	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:	79-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7			
NÚMERO DE CDP	468 823	FECHA	30/03/2020 30/05/2020	NÚMERO DE CRP	19439 26788	FECHA	31/03/2020 03/06/2020			
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. Auxiliar de Enfermeria PAI									

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	8	2020		31	8	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13.383.160
VALOR EJECUTADO	$13.383.160
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
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 **$2194507** 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
8608485940	**$878.806,00**	**$109.900**	**$140.700**	3	**$21.500**	**$289.700**

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

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Nelly Trivi ño Losada

NELLY TRIVIÑO LOSADA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-F0-0003

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09			Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	79-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	8	2,020		31	8	2,020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NELLY TRIVIÑO LOSADA			C. C.	26,428,517			OE	NEIVA	

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. Auxiliar de Enfermeria PAI**

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.	sis 150,kardex diario
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.	sanitizacion
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. Se garantiza insumos de EPP para el desarrollo de las actividades por contingencia de covid-19	registro de lavado de termos,sanitizacion
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.	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 EXTRAMURAL	se da cumplimiento y participacion en las diferentes tacticas de la institucion
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.	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	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.	programado para final de mes
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.	kardex diario,sis 150 Y registro aplicativo PAI.
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.	no aplica
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.	se entrega a servicios generales
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.	diligenciamiento y entrega de carnet
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	SI	Se realiza seguimiento en el mes de Agosto localidad de bosa realice apoyo en carpa Bosa seguimiento carro, apoyo en la Upa Olarte , a la poblacion objeto del programa PAI . Primeras dosis :12, segundas dosis:15, terceras dosis: 10 influenza niño entre primeras y segundas : 50, año12, primer refuerzo :15, segundo refuerzo: 14, esquemas adicionales entre HA, dka, varicela :5, td: 12, neumococ23: 8,DPTacelular :6, influenza adulto 60 .	sis 150,kardex diario
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.	sis 150,kardex diario
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	SI	Se asiste a comité pai del mes de Agosto	manual de convivencia
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.	en espera de listado de asistencia
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.	en mi prestacion de servicio

OBSERVACIONES:

TOTAL APAGAR (Numero y letras) $ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS.

Nelly Triviño Losada

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 26.428.517

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Abaco S

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

V.B.

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	NELLY TRIVIÃO LOSADA
IDENTIFICACION:	CC-26428517
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-08-04
FECHA DE PAGO:	2020-08-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-07
PERIODO SALUD:	2020-07
NUMERO PLANILLA:	8608485940
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	$ 109.900	$ 109.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 140.700	$ 140.700
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 21.500	$ 21.500
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 17.600	$ 17.600
		Total a pagar		$ 0	$ 289.700	$ 289.700