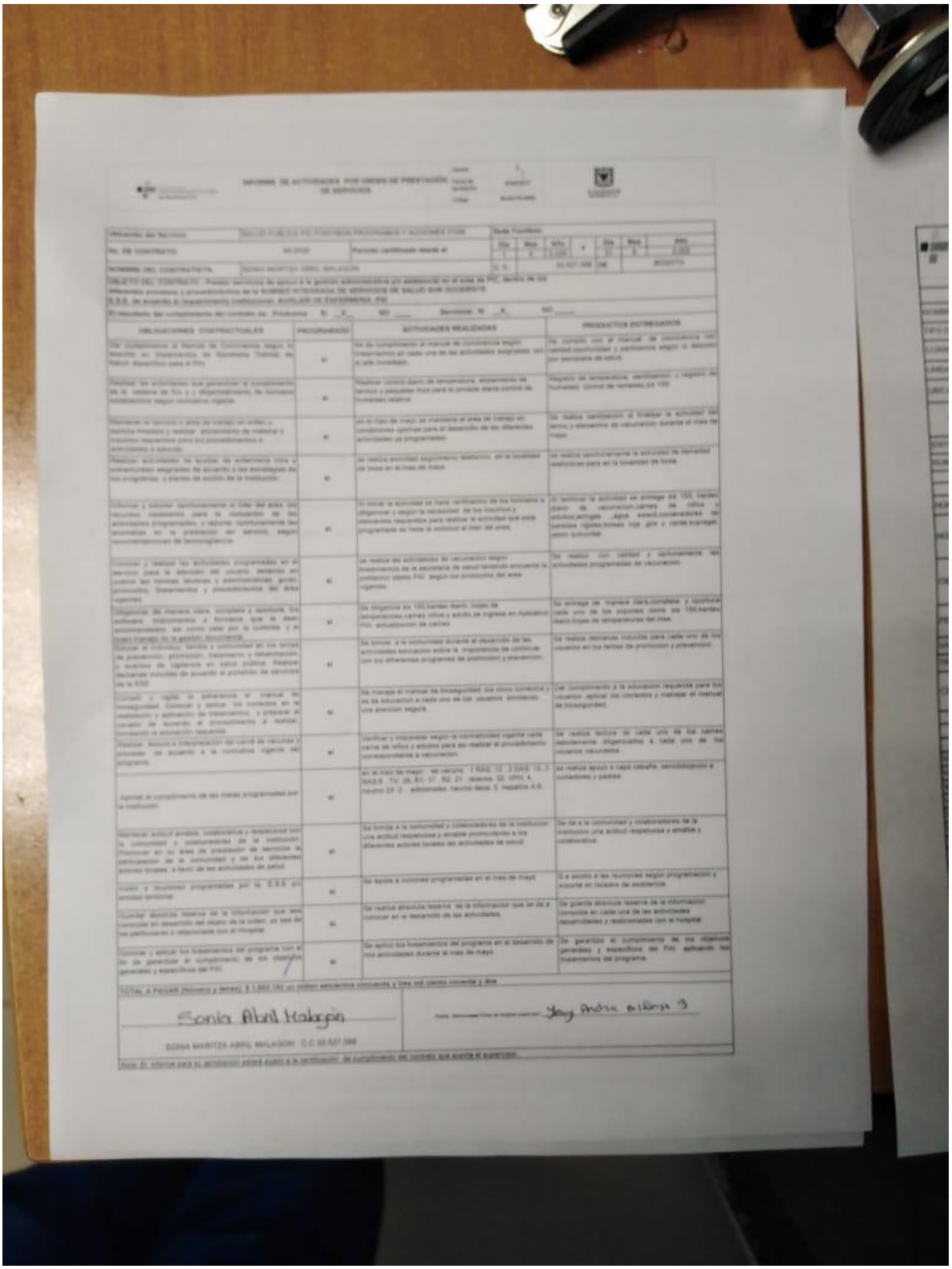


INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Ubicación del Servicio:					Fecha Facturar:						
No. DE CONTRATO:		Periodo certificado desde el:			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:					C. C.				CM		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 (PIC)

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productivo SI X NO ____ Servicios SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, diseñado para el PIC	SI	Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el ente inmediato.	Se cumple 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 frio y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	SI	Realizar control diario de temperatura, almacenamiento de vacunas y jeringas frios para la jornada diaria control de cantidad relativa	Registro de temperatura, almacenamiento y registro de cantidad, control de vacunas,ene 150
Mantener el servicio y área de trabajo en orden y asepsia limpieza y realizar abastecimiento de material y insumos requeridos para los procedimientos a ejecutados o ejecutar.	SI	en el mes de mayo 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 servicio y abastecimiento de vacunacion durante el mes de mayo
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	se realiza actividad seguimiento sistemico en la localidad de bosa en el mes de mayo	se realiza oportunamente la actividad de barridos sistemicos para en la localidad de bosa
Diligenciar y solicitar oportunamente el Kardex del área, los insumos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia.	SI	al iniciar la actividad se hace verificacion de los formatos a diligenciar y segun la necesidad de los insumos y elementos requeridos para realizar la actividad que esta programada se hace la solicitud al inter del area.	al terminar la actividad se entrega en 150 kardex diario de vacunacion,carnes de niños y adultos,jeringas ,agujs ,esterilizadores de cuentas rigidas,bolsas roja gris y verde,esparagel, pisco solucible
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	se realiza las actividades de vacunacion segun lineamientos de la secretaria de salud teniendo enfuenta la poblacion objeto PIC segun los protocolos del area vigentes.	Se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunacion
Diligenciar de manera clara, completa y sistémica los software implementados y formatos que la sean suministrados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	SI	Se diligencia en 150,kardex diario, listas de temperaturas 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 son 150,kardex diario,listas 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 actividades educativo sobre la importancia de continuar con los diferentes programas de promocion y prevencion.	se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promocion y prevencion.
Conocer y seguir la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los protocolos 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	Con cumplimiento a la educacion requerida para los usuarios aplicar los cincocos y manejar el manual de bioseguridad.
Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proveer de acuerdo a la normativa vigente del programa.	SI	Verificar y ordenar segun 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.
Apoyar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	SI	en el mes de mayo se vacuna 1 RASI, 10 ,2 DAS, 12 ,1 RASI,8 ,TV ,28, R1- 17 ,R2 ,21 ,refuerzo ,32, VPH, 4, neumo 23 ,2 adicionales neumo sesa 3, hepatitis A 6	se realiza apoyo a cayo cabrera, servisbbalacion a cuidadores y padres.
Mantener actitud amable, cordialidad 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 sociales, a favor de las actividades de salud.	SI	Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable promocionando 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.	SI	Se asiste a runiones programadas en el mes de mayo	Si a asisitio a las reuniones segun programacion y soporte en locadora 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	SI	Se realiza 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 PIC.	SI	Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de las actividades durante el mes de mayo	Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PIC aplicando los lineamientos del programa.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.883.182 un millon ochocientos ochenta y tres mil ciento noventa y dos

Sonia Abril Malagón

SONIA MARITZA ABRIL MALAGON C.C 52.527.588

Yeny Andrea Alonso S

Nota: El informe para el ordenador debe ir anexo a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

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
Fecha de aprobación	09/11/2016
Código	16.02.FO.4002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA MARITZA ABRIL MALAGON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO:	52527589							
CORREO ELECTRONICO:	[illegible]				CELULAR:	3104811200							
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	%	
	F109A26	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:	7380764998								PENSIONADO:	NO			

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

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	94-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO:			4 DE 4
NÚMERO DE CDP:	706	FECHA	30/04/2020	NÚMERO DE CRP	25133	FECHA	03/05/2020
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion 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. AUXILIAR DE ENFERMERIA-PAI						

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	1	5	2020	HASTA	31	5	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.710.199							
TIPO DE SERVICIOS:	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%:	$0					

OBSERVACIONES: se descuenta un dia por incumplimiento de actividades

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.011.816
VALOR EJECUTADO:	$6.783.789
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	$1.653.192
VALOR A LIBERAR:	$0
SALDO POR EJECUTAR:	$228.027
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	97%

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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1029703199	$877,803.00	$109,725	$26,334	3	$21,383	$157,433

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

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SONIA MARITZA ABRIL MALAGON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-06-01, 08:41:09 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2020
Empresa	SONIA MARITZA ABRIL MALAGON
CEDULA CIUDADANIA	CC 52527588
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8815884980 / 1029703327
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 157.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 26.400	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 109.800	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 21.400	$ 0
		SubTotales:		$ 157.600	$ 0
		Total a Pagar:			$ 157.600