| 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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SONIA MARTZA ABRIL MALAGON | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52527588 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | soniabril@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3104811200 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES | | | | SEDE: | FO09 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | 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: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7380764998 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 94-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 6 DE 6 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 468<br>823 | FECHA | 30/03/2020<br>30/05/2020 | NÚMERO DE CRP | 19454<br>26803 | FECHA | 31/03/2020<br>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. AUXILIAR DE ENFERMERIA-PAI | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 7 | 2020 | | 31 | 7 | 2020 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.197.015 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | | |

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $13.383.160 |
| VALOR EJECUTADO | $11.129.138 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.197.015 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2.254.022 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 83% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1030148771 | **$877.803** | **$109.800** | **$140.500** | 3 | **$21.400** | **$271.700** |

Dado en Bogotá en el mes de JULIO 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:

Sonia Abril Malagón

**SONIA MARITZA ABRIL MALAGON**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

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

| | |
|---|---|
| Versión | 2 |
| Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09 | | | **Sede Fontibon** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 94-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 7 | 2.020 | | 31 | 7 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | SONIA MARITZA ABRIL MALAGON | | **C. C.** | | 52.527.588 | | **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. AUXILIAR DE ENFERMERIA -PAI**

**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 frio 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 de julio se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas. Se garantiza insumos de EPP para el desarrollo de actividades por contingencia de COVID-19 | Se realiza sanitizacion al finalizar la actividad del termo y elementos de vacunacion durante el mes de julio |
| 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 telefonico en la localidad de bosa en el mes de julio | se realiza oportunamente la actividad de llamadas telefonicas para en la localidad de bosa. |
| 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 | 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 ,,agua esteril,contenedores de paredes rigidas,bolsas roja ,gris y verde,supragel, jabon quirucida! |
| 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 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 actividades 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 | en el mes de julio : se vacuno 1 RAS: 42 , 2 DAS: 6 ,3 RAS:8 , TV: 17, R1: 35 , R2: 16 , tetanos: 31, VPH: 1, neumo 23 :11 , influenza adulto: 64, influenza niño: 53 | se realiza apoyo a caps cabaña, sensibilizacion a cuidadores y padres. |
| 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 de julio | S e asistio a las reuniones según programacion 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. | 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 de julio | Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.197.016 Dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos.**

Sonia Abril Malagon

SONIA MARITZA ABRIL MALAGON C.C 52,527,588

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Ivy Andrea Alfonso B

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

V.B

Simple

## 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** | 2020-07-08, 08:10:18 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | junio de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | junio de 2020 |
| **Empresa** | SONIA MARITZA ABRIL MALAGON |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 52527588 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8815884980 / 1030148771 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 271.700 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.42.12.1 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 140.500 | $ 0 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | $ 109.800 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 21.400 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 271.700 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 271.700 |

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 07/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SONIA MARITZA ABRIL MALAGON

CC 52.527.588 DE BOGOTA

La suma de 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS por concepto de servicios AUXILIAR EN ENFERMERÍA TECNICO 1 durante el periodo de 01/07/2020 AL 31/07/2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 94/2020

Sonia Abril Malagón

SONIA MARITZA ABRIL MALAGON

CC 52.527.588 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7380764998