DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 08/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

BERTHA ESPERANZA CIFUENTES RODRIGUEZ

CC 52754932 DE BOGOTA

La suma de 2.197.015, dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos 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° 97-2020

Bertha Esperanza Cifuentes

BERTHA ESPERANZA CIFUENTES RODRIGUEZ

CC 52754932 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BACOLOMBIA

NUMERO 62428718416

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 Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BERTHA ESPERANZA CIFUENTES RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52754932							
CORREO ELECTRONICO:	espercifuentesro@gmail.com				CELULAR:	3012829047							
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62428718416								PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	97-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 de 7	
NÚMERO DE CDP	468 823	FECHA	30/03/20220 30/05/2020	NÚMERO DE CRP	19457 26806	FECHA	31/03/2020 03/06/2020
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa o/y asistencial en el area del 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 .como AUXILIAR 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 $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
1031675184	$878.806	$109.851	$140.609	3	**$21.500**	**$271.960**

Dado en Bogota 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:

Bertha. Esperanza Cifuentes

BERTHA ESPERANZA CIFUENTES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**salud publica plc fontibon programas y acciones FO09**			**SEDE FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	97-2020	**Periodo certificado desde el**		Día 1	Mes 8	Año 2.020	a	Día 31	Mes 8	Año 2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BERTHA ESPERANZA CIFUENTES RODRIGUEZ			**C. C.**	52.754.932		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO:prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asisitencial en el area del plc ,dentro de los diferentes procesos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE .E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional como AUXILIAR DE ENFERMERIA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ **Servicios:** SI __X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.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 ,	manual de conviviencia firmado como aceptacion del mismo.
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	si	Alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria.	se realiza diario joranada mañana y tarde.
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 area de trabajo en condiciones optimaspara el desarrollo de las atividades, se garantiza insumos para las actividades a realizar, se recibe por parte de jefe inmediato epp para utilizar frente a la contigencia del covid-19	limpieza y desinfeccion del area de trabajo, de lavado de termos y 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 losa jefes inmediatos en este mes desarrolle actividades de vacunacion , como apoyo paps carbonel .	registro de SIS diarios de vacunaion en cada uno de las estrategias
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 finalizar la actividad se hace verificacion de los formatos e insumos diligenciados todos los dias se debe informar signos y sintomas respiratorias . A La lider.	se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan anomalias, ademas diariamente se envia reporte de biologlco aplicado ,
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 oportunamente las actividades programdas 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 de manera clara,concisa y veraz sin tachones ni enmendaduras.	se entrega de manera clara, completay oportuna cada uno de los soportes diarios SIS y KARDEX
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 realiza educacion y orientacion al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad.	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	se verifican datos para realizar el procedimiento y se ingresa al aplicativo pai.	diligenciamiento y entrega de carnet. Aplicativo pai.
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	si	En el mes de AGOSTO apoyo intramural se aplicaron . Pentavalente 1ras dosis , 13 10 R 1 , 8 segundas de penta , 8 R 2 se aplicaron 7 3ras de penta , : 4 terceras de pentavalente 6 tv de año, . Rneumococo 23 10, influenza niños 22, influenza adultos 44 , se realiza seguimiento a la cohorte de niños de 6 meses y 5 años.registro en aplicativo .	se asiste a cada uno de los lugares programados según la estrategia de vacunacion.
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	mantengo buenas relaiones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios.	ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramurales ni de los usuariuos.
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	si	se asiste a comité extramural.	firma listado 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 mantiene privacidad y etica hacia los usuarios.	se garantizo el cumplimiento de objetivos generales y especificos PAI aplicando los lineamientos del programa.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS

Bertha Esperanza Cifuentes R

BERTHA ESPERANZA CIFUENTES RODRIGUEZ CC 52754932

Fecha :dd/mm/aaaa

Firma de recibido supervisor: Yeny Andrea Alfonso

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	2020-08-05, 04:22:12 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2020
Empresa	BERTHA ESPERANZA CIFUENTES RODRIGUEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 52754932
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8818572200 / 1031675184
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 272.300
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	$ 140.800	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 110.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 21.500	$ 0
		SubTotales:		$ 272.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 272.300

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!