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
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ERIKA MARIA CUESTA PEÑA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53100671						
CORREO ELECTRONICO:	confa.22@gmail.com				CELULAR:	3138428226						
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	7590389578								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	134-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 3			
NÚMERO DE CDP	505 468	FECHA	03/04/2020 30/03/2020	NÚMERO DE CRP		20536 19490	FECHA	04/04/2020 31/03/2020	
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.Auxiliares de enfermeria PAI								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	4	2020		30	4	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:	$5.301.617
VALOR EJECUTADO	$5.130.597
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.710.199
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$171.020
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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8341408067	$877.803,00	$109.725	$140.448	3	$21.383	$271.557

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

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ERIKA MARIA CUESTA PEÑA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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-FG-0003
		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	

Ubicación del Servicio:	salud publica pic fontibon programas y acciones F009			**Sede: FONTIBON**				
No. DE CONTRATO:	134-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.020		30	4	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ERIKA MARIA CUESTA PEÑA		**C. C.**	53.100.671		**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 , alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria.	registro ,sis 150,consentimientos informados carne de niños y adultos
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 abril 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 de abril
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 seguimientos en carro a los diferentes domicilios para vacunar poblacion objeto y se realiza gestion documental	Se realiza oportunamente seguimientos en carro a los diferentes domicilios para vacunar poblacion objeto y se realiza gestion documental
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 ,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, 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 ,carnes niños y adulto, actualizacion de carnes.y consentimientos informados	Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150,kardex diario, carnes niños y adulto del mes.consentimientos informados
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 diferentes programas de promocion y prevencion.	Se realiza demanda inducida para cada uno de ios 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 debida vacunacion en las diferentes concertaciones	Se realizo debida vacunacion en seguimiento carro primera 2 segundas de penta 6 3 de penta 10 tv de año 15 r14 r2 8
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 abril	S e 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 realcionadas con el hospital.
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.	si	Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes de abril	Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1710199 un millon setecientos diez mil ciento noventa y nueve pesos

ERIKA MARIA CUESTA PEÑA C.C 53100671

Fecha , dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ERIKA MARIA CUESTA PEÑA
No. Identificación: CC53100671
Dirección: CRA 10B # 7 01
Telefono: 8235129
Correo: nerika-22@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8341408067

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ERIKA MARIA CUESTA PEÑA
Tipo y número de identificación	CC53100671
Número de planilla	8341408067
Fecha pago	2020-04-06
Número de autorización pago	41408067
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2020
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	271700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
231001	Colfondos	140500	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	109800	1

8341408067

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53100671
APELLIDOS Y NOMBRES: ERIKA MARIA CUESTA PEÑA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	231001	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información