| 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: | VIVIANA HIOS RIVERA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1116913550 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ER1231987@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3133480875 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD | | | | | | FO09 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO09K28 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | AV VILLAS | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 004-93717-8 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 887-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | PAGO 2DE 2 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 336 | FECHA | 26/02/2020 | NÚMERO DE CRP | 18445 | FECHA | 29/02/2020 | | | | |
| 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 | 3 | 2020 | | 31 | 3 | 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: | $3.420.398 |
| VALOR EJECUTADO | $3.420.398 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.710.199 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8605651264 | $877.803,00 | $109.800 | $140.500 | 3 | $21.400 | **$271.700** |

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

Jenny Andrea Alfonso B

**YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL**

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Viviana Hios R

**VIVIANA HIOS RIVERA**

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-FO-0003 |
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMA Y ACCIONES FO09 | | | Sede: FONTIBON | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 887-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 3 | 2020 | | 31 | 3 | 2020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | VIVIANA HIOS RIVERA | | C. C. | 1.116.913.550 | | DE | DONCELLO | | |

**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.**

**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 | 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 | Alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria. | Realizar alistamiento de termos y paquetes frios para desarrollar el cumplimiento de cadena de frio según lineamientos. |
| 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 ,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 . |
| 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 realizo para el cumplimiento de metas en puntos extramurales durante el mes en la localidad de kennedy. | Se realizo para el cumplimiento de metas en puntos extramurales durante el mes en la localidad de kennedy. |
| 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,carné 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,carnés niños y adultos,Aplicativo PAI en tiempo real y completo. | Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150,kardex diario 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 e interpretar según la normatividad vigente cada carné de niños y adultos para asi realizar el procedimiento correspondiente a vacunacion. | Se realiza lectura de cada uno de los carné debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados. |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución. | si | Se realizo para el cumplimiento de metas en puntos extramurales y seguimientos en el mes . | Biologicos aplicados , 10 1 RAS DOSIS DE PENTA 10 2 DAS DOSIS DE PENTA 15 3RAS 10 TV DE AÑO 5 R1 10 R2 ,. |
| 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 . | 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 tiene 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 . | Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.710,199 Un Millon Setesientos diez mil ciento noventa y nueve mil Pesos Mcte**

Viviana Hios Rivera

VIVIANA HIOS CC 1116913550

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Alfaro B

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

Banagrario

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | VIVIANA HIOS RIVERA |
| IDENTIFICACION: | CC-1116913550 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2020-03-07 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2020-03-12 |
| FECHA DE PAGO: | 2020-03-09 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO AV VILLAS |
| PERIODO PENSION: | 2020-02 |
| PERIODO SALUD: | 2020-02 |
| NUMERO PLANILLA: | 8605651264 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8619618646 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 877.803 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 109.800 |
| 231001 | 800227940 | COLFONDOS | 1 | $ 877.803 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 140.500 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 877.803 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 | $ 21.400 |
| | | Total a pagar | | $ 2.633.409 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.700 | $ 271.700 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 15/04/2020 |

PLANILLA NRO. 8605651264 Tipo I 2020 ASOPAGOS
02

## DATOS GENERALES

| TIPO | NÚMERO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO PRESENTACIÓN | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CÓDIGO | PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | NÚMERO PLANILLA | REFERENCIA DE PAGO (FIN) | TIPO EMPRESA | CLASE APORTANTE | CÓDIGO ARL | CÓDIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1116913550 | VIVIANA RIOS RIVERA | ÚNICO | 0 | 0 | 2020-02 | 2020-02 | 8605651264 | 8615618646 | PRIVADA | 1 | 14-11 | 86 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CÓDIGO | TELÉFONO | FAX | CORREO ELECTRÓNICO | ACTIVIDAD ECONÓMICA | VALOR NÓMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO | FECHA LIMITE DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CR 24E 56 70 SUR | BOGOTA | 1 | BOGOTA D.C | 11 | 0 | 3133480875 | ar1231987@hotmail.com | 8299 | 0 | 1 | 2020-03-09 | 2020-03-12 |

## TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

| COD / NOMBRE EPS | NIT EPS | COT OBLIGATORIA | UPC ADICIONAL | # AUT INC | VALOR INC | # AUT LIC | VALOR LIC | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES UPC | SUBTOTAL COT | SUBTOTAL UPC | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR UPC | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | 900130907 | 109800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 109800 | 0 | 0 | 0 | 109800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 109800 | 1 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

| COD / NOMBRE AFP | NIT AFP | COT OBLIGATORIA | COT VOL AF | COT VOL AS | FONDO SOL | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES FONDO SOL | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | 800227940 | 140500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 140500 | 1 |

## TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

| COD / NOMBRE ARL | NIT ARL | COT OBLIGATORIA | # AUT INC | VALOR INC | OTROS RIESGOS | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | SUBTOTAL APORTES | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO FAVOR | FONDO SOL | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | 830061790 | 21400 | 0 | 0 | 0 | 21400 | 0 | 0 | 21400 | 0 | 0 | 0 | 21400 |

## TOTAL APORTES A ESAP

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES A MINISTERIO

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

| CÓD / NOMBRE CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SINCCF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

## TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

SENA

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## NÚMERO ADMINISTRADORAS

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |

## TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 140500 |
| SALUD | 109800 |
| RIESGOS LABORALES | 21400 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |
| SENA | 0 |
| ICBF | 0 |
| ESAP | 0 |
| MINISTERIO | 0 |
| GRAN TOTAL | 271700 |