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:	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	%	
	FO09K26	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 3DE 3				
NÚMERO DE CDP	505 488	FECHA	03/04/2020 30/03/2020	NÚMERO DE CRP	21175 20134	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.AUXILIAR 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 minimo 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
8606420993	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL 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 Rivera

VIVIANA HIOS RIVERA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09			**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	887-2020	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**	
			1	4	2.020		30	4	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VIVIANA HIOS RIVERA		**C. C.**	1.116.913.550			**DE**	ONCELLO CAQUE		

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 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	Soporte de manual de convivencia para la estrategia PAI - Extramural	Manual de convivencia firmado como aceptación del mismo
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frio y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	SI	Durante el alistamiento de termos y paquetes frios se aplican los pasos descritos en el manual PAI para garantizar el cumplimiento de la cadena de frio y se diligencian los formatos deacuerdo a la calidad esperada.	sanetizacion, realiza seguimiento a cohorte.
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 realiza lavado de termos al finalizar la jornada laboral, las loncheras de carga de insumos se mantiene limpio y organizado teniendo en cuenta que los insumos limpios esten separados de lo contaminado.	Termos, paquetes frios y loncheras limpios en el servicio
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 los jefes inmediatos, en el mes desarrolle mis actividades en la estrategia Concertaciones.	Registros de sis diarios de vacunación, en cada una 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	En este mes se garantizo por parte de la institucion los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades y no se presento ninguna anomalia.	Se evidencia con la presencia de la papeleria que se utilizo para los registros adecuados
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	Socializacion de lineamientos del programa para el desarrollo de PAI de acuerdo a las diferentes estrategias.	Registro de asistencia al comité PAI extramura
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 realiza diligenciamiento del registro diario de vacunacion, kardex y formato de casa visitadas con la calidad esperada, sin tachones ni enmendaduras y diligenciando todas las variables, de acuerdo a l informacion suministrada por los usuarios.	Sis diarios de vacunacion debidamente diligenciados, hoja de censo de viviendas de la población objeto
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	Durante el procedimiento de vacunacion se brinda educacion acerca de las vacunas que se van a aplicar, los beneficios, cuidados en casa y los posibles eventos seguidos a la vacunacion, de igual manera se realiza demanda inducida de acuerdo a las necesidades de los usuarios atendidos.	Indicacion de cuidados postvacunales y oferta de servicios de la subred suroccidente
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	Durante el procedimeinto de vacunacion se aplican los correctos de vacunacion.	Procedimientos basados en los correctos de vacunacion
Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa.	SI	Se realiza lectura del carnet de vacunas y se confirma la informacion con el aplicativo PAI en conectividad, de acuerdo a disponibilidad de esta herramienta informatica.	Carnets debidamente diligenciados
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	SI	Se asiste a cada uno de los lugares programados según la estragia de vacunacion	Durante este mes se realizo la estrategia de concentracion,seguimientos logrando vacunar 6 segundas de pentavalente, 8 terceras de pentavalente, 12 triple viral de año,8 R1, 4 R2, y 2 DPTA.
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	Mi actitud es amable con mis compañeros de trabajo y en la vacunacion casa a casa se hace notificacion a los lideres de la comunidad.	Ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramural ni de los ususarios
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	SI	En el mes se asistio a las reuniones según programacion. Soporte en listados de asistencia.	Soporte de asistencia a reuniones
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 maneja de manera confidencial la informacion y actividades desarrolladas, garantizando custodia y cuidado de la informacion.	Se maneja una comunicación asertiva bajo la confidencialidad
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI.	SI	Aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades.	Se realizan las tacticas de vacunacion bajo los lineamientos del manual tecnico administrativo PAI

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,710,199 un millon setecientos diez mil ciento noventa y nueve pesos mcte

Viviana Hios Rivera

VIVIANA HIOS RIVERA CC 1.116.913.550

Fecha : Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Alfonso B

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:	2020-04-06
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-04-15
FECHA DE PAGO:	2020-04-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2020-03
PERIODO SALUD:	2020-03
NUMERO PLANILLA:	86064209993
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:	14/05/2020

PLANILLA NRO. 8606420993 Tipo I 2020 03

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1126913509	VIVIANA RIOS RIVERA	ÚNICO	0	0	2020-03	2020-03	8606420993	8619618645	PRIVADA	I	14-11	66

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CR 12B 56 70 SUR	BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	0	3113458875	cr1231087@hotmail.com	8299	0	1	2020-04-06	2020-04-15

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / 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 EPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS002	800130907	109800	0	0	0	0	0	109800	0	0	0	109800	0	0	0	0	109800	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE APP	NIT APP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
231001	800227940	140500	0	0	0	0	0	0	140500	1

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 RIESGOS LABORALES

CÓD / 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
14-11	890903790	21400	0	0	0	21400	0	0	21400	0	0	0	21400

TOTAL APORTES A SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

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

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
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