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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

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 11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	51997	FECHA	30/11/2020			
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	12	2020		31	12	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:	$22.537.389
VALOR EJECUTADO	$22.171.220
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$366.169
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
8610220024	$878.806,00	$109.900	$140.700	3	$21.500	**$272.100**

Dado en Bogotá en el mes de DICIEMBRE 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:

Viviana Hios Rivera

VIVIANA HIOS RIVERA
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	3/04/2017
		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**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VIVIANA HIOS RIVERA		**C. C.**	111.613.550		**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 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
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 frío 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	se mantiene durante el mes 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 laboro en seguimientos en la localidad kennedy .	Biologicos aplicados,primeras 8,segundas 5,terceras 10,de año 10.r1 9.r2 8 influenza niño 20,influenza adulto 50
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 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 oportunamente 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 actividedes educacion sobre la importancia de continuar con los diferentes 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..adicional se utiliza los elementos de proteccion personal,tales como gorro,tapabocas N95 ,guantes,bata,monogafas,careta.se realiza la entrega diaria durante el mes.	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 laboro en seguimientos en la localidad kennedy.	Se laboro para el cumplimiento de metas
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 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 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 específicos 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): $ 2,197,015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE Pesos Mcte

Viviana Hios Rivera 1116913550

VIVIANA HIOS RIVERA CONTRATISTA

Fecha: 2020 Firma del supervisor o supervisora: Jony Andre ALBANO S

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

V.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:	2020-12-07
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-12-14
FECHA DE PAGO:	2020-12-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2020-11
PERIODO SALUD:	2020-11
NUMERO PLANILLA:	8610220024
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	$ 878.806	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.900	$ 109.900
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 878.806	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.700	$ 140.700
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 878.806	$ 0	$ 0	$ 0	$ 21.500	$ 21.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.100	$ 272.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/01/2020

PLANILLA NRO. 8610220024 Tipo I 2020 ASOPAGOS

11

DATOS GENERALES															
TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL			TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODO PENSION	PERIODO SALUD	NUMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (FIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
								-11	-11						
DIRECCION		CIUDAD / MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO		ACTIVIDAD ECONOMICA		VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO

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	DIAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NUM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NUM AFILIADOS

TOTAL APORTES A PENSION POR ADMINISTRADORA

COD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DIAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NUM AFILIADOS

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

COD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DIAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NUM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DIAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NUM AFILIADOS

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DIAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NUM AFILIADOS

SENA

VALOR	DIAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NUM AFILIADOS

NUMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	
SALUD	
RIESGOS LABORALES	
CAJAS COMPENSACION	

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	
SALUD	
RIESGOS LABORALES	
CAJAS COMPENSACION	
SENA	
ICBF	
ESAP	
MINISTERIO	
GRAN TOTAL	

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 12 de 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

VIVIANA HIOS RIVERA

CC 1116913550 DE DONCELLO CAQUETÁ

La suma de 2.197.015 Dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos por concepto de prestaciónde servicios como auxiliar de enfermería técnico 1 durante el periodo de 1 al 31 de Diciembre 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 887/2020

Viviana Hios Rivera

VIVIANA HIOSRIVERA

CC1116913550 de Doncello Caquetá

CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS

NUMERO 004-93717-8