

 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 TESORERÍA	Versión: 1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
		Fecha de aprobación: 09/11/2019	
		Código: 15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ADRIAN CAMILO MARTINEZ TRUJILLO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1012468019				
CORREO ELECTRONICO:				cami55743@gmail.com				CELULAR:		3142033546			
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				62490472296				PENSIONADO		NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				5300-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				10 DE 10			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP				FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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.									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
					1	12	2019		31	12	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.710.199									
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0					

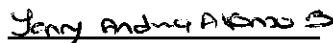
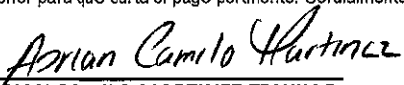
OBSERVACIONES:	
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$17.158.997
VALOR EJECUTADO	\$16.930.970
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.710.199
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$228.027
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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 \$2,070,290 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
9400408332	\$828.116,00	\$103.515	\$132.499	3	\$20.173	\$256.186

Dado en Bogotá en el mes de DICIEMBRE del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	 ADRIAN CAMILO MARTINEZ TRUJILLO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
---	--

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
	Fecha de aprobación	03/04/2017
	Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	SALUD PÚBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO08		Sede: FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	5300 -2019	Periodo certificado desde el	Día / Mes / Año	a	Día / Mes / Año
			1 / 12 / 2.019		31 / 12 / 2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADRIAN CAMILO MARTINEZ TRUJILLO		C. C.	1.012.468.019	DE BOGOTA

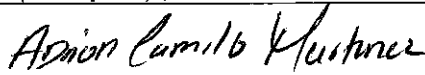
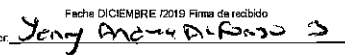
OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional

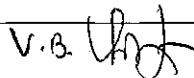
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMA O	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaría Distrital de Salud, específico 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 frío y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	SI	Durante el alistamiento de termos y paquetes fríos se aplican los pasos descritos en el manual PAI para garantizar el cumplimiento de la cadena de frío y se diligencian los formatos de acuerdo a la calidad esperada.	Registro de temperatura, de sanitización, y registro de humedad.
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 estén separados de lo contaminado.	Termos, paquetes fríos 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 asignación por parte de los jefes inmediatos, en este mes desarrollo mis actividades en la estrategia concentración.	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 garantizó por parte de la institución los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades y no se presentó ninguna anomalía.	Se evidencia con la presencia de la papelería que se utilizó 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.	SI	Socialización de lineamientos del programa para el desarrollo de PAI de acuerdo a las diferentes estrategias.	Registro de asistencia al comité PAI ex
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 vacunación, kardex y formato de casa visitadas con la calidad esperada, sin tachones ni enmendaduras y diligenciando todas las variables, de acuerdo a la información suministrada por los usuarios.	Sis diarios de vacunación 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	educación acerca de las vacunas que se van a aplicar, los beneficios, cuidados en casa y los posibles eventos seguidos a la vacunación, de igual manera se realiza demanda inducida de acuerdo a las necesidades de los usuarios atendidos.	Indicación 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 procedimiento de vacunación se aplican los correctos de vacunación.	Procedimientos basados en los correctos de vacunación
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 información con el aplicativo PAI en conectividad, de acuerdo a disponibilidad de esta herramienta informática.	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 estrategia de vacunación.	Durante este mes se realizó la estrategia de apoyo al centro de acopio, transporte y entrega de biológicos y casa a casa se vacuna 1ras: 7 ,2das:5 ,3ras:6 ,Año:9 ,R1:3 ,R2: 4
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 vacunación casa a casa se hace notificación a los líderes de la comunidad.	Ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramural ni de los usuarios
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	SI	En este mes se asistió a las reuniones según programación. 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 información y actividades desarrolladas, garantizando custodia y cuidado de la información.	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 específicos del PAI.	SI	Aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades.	Se realizan las tácticas de vacunación bajo los lineamientos del manual técnico administrativo PAI

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.710.199 un millón setesientos diez mil ciento noventa y nueve pesos

 ADRIAN CAMILO MARTINEZ TRUJILLO CC 1012468019	Fecha DICIEMBRE /2019 Firma de recibido supervisor: 
---	---

V.B. 

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e CBF	No
CC. 1012468019		MARTINEZ TRUJILLO ADRIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38 sur # 49a - 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555		No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2019-11	49243521	9400408332	1	2019/12/05	2019/12/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$256,300	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
APP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$132,500	\$0	\$0	\$132,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$132,500	\$0	\$0	\$132,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$20,200	\$0	\$0	\$20,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$20,200	\$0	\$0	\$20,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$103,600	\$0	\$0	\$103,600	
FAMISANAR	EP5017	830,003,564	7	1	\$103,600	\$0	\$0	\$103,600	
TOTAL				1	\$256,300	\$0	\$0	\$256,300	