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:	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 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.									
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 B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Adrian Camilo Martinez

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 PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09	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	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 de acuerdo a la calidad esperada.	Registro de temperatura, de sanetizacion, 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 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 este mes desarrolle mis actividades en la estrategia concentracion.	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,	SI	Socializacion 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 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	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 camé de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa.	SI	Se realiza lectura del camet de vacunas y se confirma la informacion con el aplicativo PAI en conectividad, de acuerdo a disponibilidad de esta herramienta informatica.	Camets 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 apoyo al centro de acopio, transporte y entrega de biologicos 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 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 este 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 setesientos diez mil ciento noventa y nueve pesos

Adrian Camilo Martinez

ADRIAN CAMILO MARTINEZ TRUJILLO

CC 1012468019

Fecha DICIEMBRE /2019 Firma de recibido

supervisor: Jenny Andrea Delgado S

V.B.

PAGO DE FACTURAS
PILA DE
NUM APROBACION 49243521
NUM REFERENCIA 0000009400408332
NUM IDENTIFICACION 1012468019
PERIODO 2019-11
FECHA EFECTIVA 2019-12-03
VALOR 256,300
MAR 3 DIC 19 10:46:29
337-05433559-191
786119-490983-744629-533260-49
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A
A SU OPERADOR
AGT 3890 CLR 79650700
01172251-090082

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-11	2019-11	49243521	9400408332	I	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
AFP (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	EPS017	830,003,564	7	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$256,300	$0	$0	$256,300