DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 12/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DEYANIRA GARZON VASQUEZ

CC 51.912.145 DE BOGOTA

La suma de 2.197.015, dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos, por concepto de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 01/11/2020 al 31/12/2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 65/2020

Deyanira Garzón ✓

DEYANIRA GARZON VASQUEZ

CC 51.912.145 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVVIENDA

NUMERO 468200080470

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:	DEYANIRA GARZON VASQUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51912145							
CORREO ELECTRONICO:	deyagarzon@gmail.com				CELULAR:	3125727711							
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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	468200080470								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	65-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 de 11			
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	51408	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 EFERMERIA – PAI.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2.020		31	12	2.020		
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
9413212733	**$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 (2.020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Deyanira Garzon V

DEYANIRA GARZON VASQUEZ
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:	04-01-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09		Sede: FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	65-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	12	2.020		31	12	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DEYANIRA GARZON VASQUEZ		C. C.	51.912.145		DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion 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 como 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
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 convivenvia en casa una de las actividades asignadas por el jefe inmediato.	Manual de convivencia firmado como aceptacion del mismo.
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.	Se realiza a diario jornada mañana y tarde
Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material ò insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar.	si	Se mantiene el área de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las actividades	lavado de termos y paquetes frios
Realizar actividades de auxiliar de enfermeria 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 activides de vacunacion Extramural casa a casa seguimientos y concentracion.	Registros de SIS diarios de vacunaciòn en cada uno 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	Al finalizar la actividad se hace verificaciòn de los formatos e insumos diligenciados.	Se solicita al jefe Inmediato los insumos necesarios y se reportan anomalias.
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 segùn lineamientos de la Secretaria de Salud teniendo encuenta la población objeto PAI según los protocolos del área vigentes.	Se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunación.
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 de manera clara y concisa y veraz sin tachones ni enmendaduras.	Se entrega de manera clara, completa y oportuna cada uno de los soportes diarios SIS y Kardex.
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 realiza educacion y orientacion al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad.	Se realiza demanda inducida a cada uno de los usuarios en los temas de promoción y prevenciòn.
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 educación a cada unode los usuarios brindando una atención segura.	Dar cumplimiento a la educación requerida para los usuarios, aplicar los correctos y manejar el manual de Bioseguridad.
Realizar lectura e interpretación del camé de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa.	si	Se verifican datos para la realizacion del procedimiento	Diligenciamiento y entrega de carnet
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	si	Se realiza acctividades en el Grupo Extramural en las taclicas de casa a casa y vacunacion domiciliaria.	Se asiste a cada uno de los lugares programados según la estrategia de vacunación.
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	Mantengo buenas relaciones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios	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	Se asiste al comité extramural de DICIEMBRE 2020	Firma listado 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 mantiene privacidad y etica hacia los usuarios	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 M/CTE.

Deyanira Garzón

DEYANIRA GARZON VASQUEZ C.C. 51.912.145 ----------

Firma de recibido supervisor: Yeny Milena Arango B

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51912145		GARZON VASQUEZ DEYANIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 52a sur 81c-51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2020-11	2020-11	9203422042914207	9413212733	1	2020/12/11	2020/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$272,100	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0		$878,806	$21,500		$0	$0		$272,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0		$878,806	$21,500		$0	$0		$272,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0		$878,806	$21,500		$0	$0		$272,100
1	CC	51912145	GARZON DEYANIRA																	25-14	30	$878,806	$140,700	EPS008	30	$878,806	$109,900	14-11	30	$0	$0	30	$878,806	$21,500		$0	$0		$272,100
Total Afiliados(1)																						$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0		$878,806	$21,500		$0	$0		$272,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC51912145		GARZON VASQUEZ DEYANIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 52a sur 81c-51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	9203422042914207	9413212733	1	2020/12/11	2020/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$272,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$0	$0	$140,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,700	$0	$0	$140,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,500	$0	$0	$21,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,500	$0	$0	$21,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,900	$0	$0	$109,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$109,900	$0	$0	$109,900
TOTAL				1	$272,100	$0	$0	$272,100

2020/12/11 09:38 AM