DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 03/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL

CC 1.015.994.400 DE BOGOTA

La suma de 1.647.761, Un millón seiscientos cuarenta y siete mil setecientos sesenta y un peso por concepto de prestación de servicio como BACHILLER DIGITADOR - TECNICO 3 durante el periodo del 01 de MARZO DEL 2021 al 31 de MARZO DEL 2021 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2826-2021

paola andrea Viafara S

PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL

CC 1.015.994.400 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 59695954225

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:	PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1015994400						
CORREO ELECTRONICO:	pao.22.sandoval@hotmail.com				CELULAR:	3104283072						
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	59695954225								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2826-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2	
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	23/02/2021	NÚMERO DE CRP	17555	FECHA	28/02/2021
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. Apoyo Administrativo- DIGITADORA PAI						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	3	2021		31	3	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.647.761							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.295.522
VALOR EJECUTADO	$3.295.522
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.647.761
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 $ 2.271.315 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
8612073179	$908.526	$113.566	$145.364	3	$22.132	$281.062

Dado en Bogotá en el mes de MARZO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yenny Andrea Alfonso B
YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Paola andrea Viafara S
PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL
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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09			**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	2826-2021	**Periodo certificado desde el**		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	3	2.021		31	3	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL			C. C.		1.015.994.400	DE		BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: OBJETO: 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. DIGITADOR -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 según lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, especifico para el PAI.	si	Se da cumplimiento a las actividades asignadas por el Jefe inmediato con la calidad , oportunidad y pertinencia esperada de acuerdo al manual técnico administrativo PAI	se acepta y se firma el manual de convivencia
digitacion de los registros de vacunacion de la extrategia extramural	si	SE DIGITAN LOS REGISTROS DIARIOS DE VACUNACIÓN DEL GRUPO EXTRAMURAL Y DE ACUERDO A CADA ESTRATEGIA, REGISTROS DEL ESQUEMA REGULAR 2630 DE LA LOCALIDAD DE DE KENNEDY Y FONTIBON , PUENTE ARANDA Y APOYO EN LA VACUNACION COVID,APOYO DIGITACION BASE COVID	SE HACE EL REGISTRO MEDIANTE LOS SIS Y KARDEX DE LO VACUNADO POR EL GRUPO EXTRAMURAL PAI
actualizacion en el sofware los registos de vacunacion de la estrategia extramural	si	SE ACTUALIZAN LOS CARNET DE LOS NIÑOS EN EL SOFWARE DE LA SECRETARIA DE SALUD	SE REALIZA EN APLICATIVO LAS ACTUALIZACIONES DE CARNET DE VACUNACION
diligenciamineto del formato 8 (no ingreso) para cosolidado de fin de mes	si	SE DILIGENCIA EL FORMATOS DEL MOTIVO DE LOS NO INGREASADO.	SE DA CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO 7
Ingreso de la información con atributos de calidad, coherencia, exactitud en los datos ingresados.	SI	HAY OBSERVACIONES ALGUNAS FALLAS DE CALIDAD DEL DATO COMO EL NUMERO DE IDENTIFICACION ERRORES TACHONES. Y EN OCASIONES FALTA INFORMACION EN LOS SIS, SE ASISTION A LA REUNION DE DATOS DE LAS INFORMACION A CARGO DE LA TECNICO	se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan oportunamente anomalías
Asistir a reuniones programadas locales y distritales	SI	SE ASISTIÓ A LAS REUNIONES PROGRAMADAS AL GRUPO EXTRAMURAL COMITÉ PAI	Programado fechas tentativas.
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 CUMPLE A CAVALIDAD	SI SE CUMPLIO
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 CUMPLE A CAVALIDAD	SI SE CUMPLIO
se hace entrega de los elementos de proteccion persona coivid-19	SI	entrega de tapabocas, careta	SI SE ENTREGA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.647.761 UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CECENTA Y UN PESOS Mcte

Paola andrea Viafara S.

PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL CC 1.015.994.400

Fecha :Firma de recibido supervisor: MARZO2021 Jany Andrea Arbeláez S

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	PAOLA ANDREA VIAFARA SANDOVAL
IDENTIFICACION:	CC-1015994400
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-03-10
FECHA DE PAGO:	2021-03-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-02
PERIODO SALUD:	2021-02
NUMERO PLANILLA:	8612073179
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8679976089
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 0	$ 113,600	$ 113,600
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 0	$ 145,400	$ 145,400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 22,200	$ 22,200
		Total a pagar		$ 0	$ 281,200	$ 281,200