

 <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>					Versión	3		 <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div>	
					Fecha de aprobación	2/15/2018			
					Código:	04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			nancy edith garcia						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1123320562	
CORREO ELECTRONICO:			nancyedith_0405@hotmail.com			CELULAR:		3138455037	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC COORDINACION CONVENIOS SALUD PUBLICA PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO09K33-6	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24088495673				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		7200			VIGENCIA			2024	
NÚMERO DE CDP	2246	FECHA	2024-10-31 17:52:10.000		NÚMERO DE CRP	64864	FECHA	2024-10-31 22:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-10-20			2024-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,066,162					
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A		
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.									
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO									
CONCEPTO						VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$1,066,162			
VALOR EJECUTADO						\$1,066,162			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,066,162			
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 \$2.194,507 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	
10672778723	\$984,150	\$123,019		\$157,464		4	\$23,974	\$304,457	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL 1022336479 Supervisor									
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.									
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021									

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1.Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaría Distrital de Salud, específico para el PAI.	Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamiento a cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato.	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.	Se tiene en cuenta el adecuado manejo de cadena de frío. Alistamiento de termo y paquetes fríos 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 o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar.	Se mantiene el área de trabajo en condiciones óptimas para el desarrollo de las actividades.	Se cuenta con herramientas de trabajo e insumos respectivos, en buenas condiciones para el desarrollo de la actividad.
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.	Se realiza demanda inducida y búsqueda de población objeto, para dar cumplimiento al esquema de vacunación.	Se da cumplimiento y con la participación de diferentes espacios de la institución.
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.	"Al finalizar la actividad se hace verificación de los formato SIS 150 realizados kardex consentimiento informado, insumos.	Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en tema de promoción y prevención.
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.	Se tiene conocimiento del procedimiento para la realización de actividades.	Se realiza 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.	Se diligencia de manera clara, concisa y veraz sin tachones ni enmendadura.	Formato Sis 150 en físico, formato de consentimiento informado, entrega de cada uno de los carnet tanto adulto como niños debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados.
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.	Se realiza educación y orientación al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad.	Se entrega de manera clara completa y oportuna cada uno de los soportes de las buenas prácticas y cuidados postvacunales y prevención de enfermedades.
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.	Se maneja el manual de bioseguridad de los cinco correctos el jefe encargado nos da insumos de protección diaria, como gorros, tapabocas, monogafas, careta, traje quirúrgico. se da educación a cada uno de los usuarios.	Dar cumplimiento a la educación 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.	Se verifican datos para realizar el procedimiento de la aplicación de los inmunobiológicos y se ingresan al aplicativo PAI.	Verificación del documento, diligenciamiento y entrega del carné de vacunas del usuario.
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	En el mes de OCTUBRE del 2024 realizo concentración, seguimientos, casa a casa aplicando dosis, tétano mujer en edad fértil 3 dosis, Terceras 40 dosis, R2 23 dosis. R1 13 dosis, Tv de año 12 dosis, primeras 18 dosis, segundas dosis 18 Syr 2 dosis adicionales, triple viral de 5 años 16 dosis, dpt gestantes 1 dosis, vph niñas de 9 a 17 años 9, Moderna 4 dosis.. Influenza adulto 20 dosis, Influenza pediátrica 20 dosis	Formato Sis 150 en físico, listado, diario consentimientos informado control de temperatura.
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.	Mantengo buenas relaciones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios.	Ninguna queja ni sugerencia de los jefes ni de los usuarios.
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	Se asiste a comité extramural	Firmo 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.	Se mantiene privacidad y ética hacia los usuarios.	Se mantiene privacidad y ética hacia los usuarios.

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
1022336479
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

NANCY EDITH GARCIA OBANDO
C.C 1123320562 DE Orito Putumayo

La suma de un millón sesenta y seis mil ciento sesenta y dos 1.066.162, por concepto de servicios como auxiliar de enfermería en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, durante el periodo del 20 al 31 de octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7200-2024



NANCY EDITH GARCIA OBANDO)
C.C 1123320562 DE Orito putumayo
CUENTADE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24088495673

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes Octubre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



DIANA CAROLINA DAZA MARTINEZ
Apoyo a la supervisión
Programa Ampliado de Inmunizaciones



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-10-11, 05:21:36 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2024
Empresa	NANCY EDITH GARCIA OBANDO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1123320562
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8823833939 / 1067278723
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 396.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 208.000	\$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 162.500	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 26.000	\$ 0
			SubTotales:	\$ 396.500	\$ 0
			Total a Pagar:		\$ 396.500

