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.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CIFUENTES BARRETO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1022378903							
CORREO ELECTRONICO:	di.smc@hotmail.com				CELULAR:	3103196433							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UBA MOVIL LOCALIDAD KENNEDY SU61												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UBA MOVIL LOCALIDAD KENNEDY				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A38	100,0%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	74131624								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4754-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	1250	FECHA	27/07/18	NÚMERO DE CRP	35509	FECHA	31/07/18			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN EL AREA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INTITUCIONAL.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.606.343									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

OBSERVACIONES: NINGUNA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.212.686
VALOR EJECUTADO	$5.212.686
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.606.343
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 $1.844.293, 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
1015064763	1.042.537	$130.317	$166.806	3	$25.396	**$322.519**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de agosto del año Dos Mil Dieciecho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

INGRID JANNETH CAMACHO

DIANA CIFUENTES BARRETO.

DIANA CIFUENTES BARRETO

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	06/11/2015	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UBA MOVIL KENNEDY		Sede: PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	4754-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2.018		31	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CIFUETNES BARRETO				1.022.378.903	DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR APOYO COMO PROFESIONAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCIÓN.

_X__ NO ___ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapeuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral	SI	Apoyo en la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapeuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
2. Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.	SI	Cumplo con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
3. Llevar registro de la atencion de los procedimientos , actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumpliento de los procesos de costo y facturacion.	SI	Llevo un registro de la atencion de los procedimientos , actividades e intervenciones, y mantengo actualizados los informes estadisticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumpliento de los procesos de costo y facturacion.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
4. Participar en la programacion de las actividades del area.	SI	Participo en la programacion de las actividades del area.	REUNIONES
5. Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI	Reporto los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SOPORTADO CON FICHAS DE NOTIFICACION
6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, y participo en los analisis a los que me han convocado para implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	REUNIONES
7. Impartir instrucciones del personal a cargo.	SI	Atiendo las instrucciones del personal a cargo.	ULC, COVE, REALIZANDO ACTIVIDADES

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2,606.343 DOS MILLORES SEISIENTOS SEIS MIL TRECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE.

DIANA CIFUENTES BARRETO, C.C Nº 1022378903 DIANA CIFUENTES B. 1022378903

Fecha, dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Ratificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple.

Fecha creación reporte 2018-08-17, 10:30:22 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1015064763 **Referencia pago(PIN)** 8893016430

Periodo Cotización 201808 **Periodo Servicio** 201808

Cliente:

PAGADA 2018-08-17

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA LIZETH CIFUENTES BARRETO		
Documento	CC 1022378903	**Dirección**	CALLE 49 N 88 06
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8027023
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO — **Total Afiliados** 1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	CIFUENTES BARRETO DIANA LIZETH	**Identificación**	CC 1022378903

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022378903		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Codigo Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CIFUENTES BARRETO DIANA LIZETH	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF			
															3	30	30	30	0			$ 781.242

Pensión							Salud					
Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
230301		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
14-28	3	2.436 %	781.242	$ 19.100	NIN CCF	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 156.806	$ 0	$ 0	$ 130.317	$ 25.396	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 322.519