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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDREA PAOLA HERNANDEZ VARGAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1022936893							
CORREO ELECTRONICO:	handrea972@gmail.com				CELULAR:	3103166059							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	TINTAL												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Hospitalizacion Pediatria				SEDE:	KE11							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11I05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	462800043293								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2062-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6				
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP	36186	FECHA	30/06/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	7	2021		31	7	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.910.898										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$0								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13.395.588
VALOR EJECUTADO	$11.260.219
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.910.898
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.648.217
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 $2,271,315, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1038292577	$908.526,00	$113.566	$145.364	3	$22.132	$281.062

Dado en Bogotá a los () días del mes de Julio del año dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

AURA ALEJANDRA MURCIA (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

ANDREA PAOLA HERNANDEZ VARGAS
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. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	Consulta Externa			Sede: USS tintal						
No. DE CONTRATO:	2062-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	7	2.021		31	7	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDREA PAOLA HERNANDEZ		C. C.	1.022.936.893			DE	BGTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Auxiliar de enfermeria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ACTIVIDADES	95%	Porta los elementos básicos para el desarrollo de las actividades, Prepara oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento .Ejecutar con criterio ,actividades según tratamiento medico y de enfermería planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente. Realizar procedimientos básicos,teniendo en cuenta la técnica adecuada .Arregla la unidad,mantener el orden y aseo de la misma. Traslado y atención al paciente según eventualidad .Realiza personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados .Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	-Anectotario -Bitácora de Procedimiento -Entrega de Historias clínicas -entrega Formatos para consulta
REGISTROS	95%	Efectuar oportuna y claramente,registro de todos los cuidados de enfermería .Registrar en notas de enfermería,el estado clínico del paciente y actividades realizadas Llenar a cabalidad los formatos de las historias clínicas,escribiendo las notas de enfermería su nombre claro y mantenimiento identificadas las historias clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales,los procedimientos de auditoria y el manual de las historias clínicas de la institución Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo cuidado a a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción ocultamiento o utilización indebida.	-Lista de Verificación – Entrega de Rips y Evoluciones
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	95%	Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes.	Libro de Recibido y Entrega de Turno con Asignación Diaria
RELACIONES INTERPERSONALES	95%	Atender las necesidades del equipo de trabajo .Explicar procedimientos del paciente y/o a la familia .Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de la ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados,tanto en servicios Ambulatorios,como en Urgencias y Hospitalización .Tratar con respeto,imparcialidad y rectitud a las personas que tenga relación por razón de su cargo .Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicios de sus atribuciones ,atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o las autoridades. pertinentes	Bltacora y/o lista de Verificacio n
EPIDEMIOLOGIA Y BIOSEGURIDAD	95%	Aplicar los principios de técnica aséptica Aplica las normas universales de Bioseguridad,en el manejo de fluidos Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional institucional y los planes de evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	- Bitácora y/o lista de Verificación Aseo y Desinfección
MANEJO DE INVENTARIO	95%	Vigilar e informar faltantes de inventario. Mantener el orden,limpieza y buen manejo de los equipos de materiales. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución y elementos del hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. portar carnet institucional durante la prestación de servicio según el parámetro de la institución. Salvaguardar los bienes que entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando formatos establecidos para esta función .Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación,traslado reintegros o perdidas de los vienes bajo el marco normativo .Utilizar bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservado en forma exclusiva para los fines que correspondan.	Anectotario Lista de verificación de Inventario
CAPACITACIÓN	95%	.Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. Participar en los diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área,para su posterior realización.	Formato de Asistencia de Capacitación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1 ,910,898 (un millón novecientos diez mil ochocientos noventa y ocho mil pesos m/c)

NORA ALEJANDRA MURCIA (E)	ANDREA PAOLA HERNANDEZ VARGAS
NOMBRE Y FIRMA	

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-07-16, 09:37:06 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1038292577 **Referencia pago(PIN)** 8818590690

Periodo Cotización 202106 **Periodo Servicio** 202106

Cliente:

PAGADA 2021-07-06

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA PAOLA HERNANDEZ VARGAS				
Documento	CC 1022936893	**Dirección**	CLLE 93 # 0 - 33 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3103166059		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022936893		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					HERNANDEZ VARGAS ANDREA PAOLA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				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	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
															0	30	30	30	0			$ 908.526	230301		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 908.526	$ 22.200	NIN-CC	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	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANDREA PAOLA HERNANDEZ VARGAS

C.C 1.22.936.893 DE BOGOTA D.C

La suma 1,910,898 (un millón novecientos diez mil ochocientos noventa y ocho mil pesos m/c) por concepto de Prestación de servicios de salud como Auxilia en enfermería activo en la Uss Patio Bonito Tintal durante el periodo de 01 al 31 de julio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No.2062 -2021

Andrea P Fernandez V

ANDREA PAOLA HERNANDEZ VARGAS

C.C.1.022.936.893 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 462800043293