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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA SILVANA IBARRA JAIMES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.012.339.758						
CORREO ELECTRONICO:	maclaus_17@hotmail.com				CELULAR:	322 332 76 07						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					CAPS TRINIDAD GALAN							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DESARROLLO INSTITUCIONAL				SEDE:	GERENCIA DE LA INFORMACION						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	T08	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590343567								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3080-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5				
NÚMERO DE CDP	958	FECHA	31/05/18	NÚMERO DE CRP	26134	FECHA	31/05/18			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de poyo a la gestión administrativa y/o asistencial 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 institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2018		30	6	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

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. – Certificacion por 28 dias x Incapacidad

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.250.000
VALOR EJECUTADO	$6.166.667
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.166.667
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$83.333
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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 **$1.953.105**, 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
4221051926	$781.242	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio del año Dos Mil Dieciocho 2018 Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA RIOS VELANDIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CLAUDIA SILVANA IBARRA JAIMES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

certificacion por 28 dias x Incapacidad

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:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	DESARROLLO INSTITUCIONAL			Sede: GERENCIA DE LA INFORMACION						
No. DE CONTRATO:	3080-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.018		30	6	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA SILVANA IBARRA JAIMES		C. C.	1.012.339.758		DE	BOGOTA		

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 ADMINISTRATIVO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
INFORMAR Y ADELANTAR LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS RELATIVOS A LA ADMISIÓN DE PACIENTES EN AGENDAS MEDICAS, ODONTOLOGICAS Y DE ENFERMERÍA ACORDE A LOS PROCEDIMIENTOS ADOPTADOS POR LA SUBRED.		INFORMAR Y ADELANTAR LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS RELATIVOS A LA ADMISIÓN DE PACIENTES EN AGENDAS MEDICAS, ODONTOLOGICAS Y DE ENFERMERÍA ACORDE A LOS PROCEDIMIENTOS ADOPTADOS POR LA SUBRED.	SE ORIENTARON CORRECTAMENTE A LOS USUARIOS.
SUMINISTRAR HISTORIAS CLINICAS Y REGISTRAR LAS CITAS DE LOS USUARIOS PARA LOS SERVICIOS AMBULATORIOS EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD.		SUMINISTRAR HISTORIAS CLINICAS Y REGISTRAR LAS CITAS DE LOS USUARIOS PARA LOS SERVICIOS AMBULATORIOS EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD.	LIBRO DE PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS.
RESPONDER POR LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS USUARIOS, SIGUIENDO LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS DE RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN, ARCHIVO Y NOTIFICACIÓN DE INCONSISTENCIAS.		SE RECIBEN LAS HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS A DIARIO CONTRA LOS LIBROS DE HOSPITALIZACIÓN Y LIBRO DE EGRESO DE FACTURACIÓN .	SE ARCHIVARON CORRECTAMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS QUE INGRESARON A ESTADISTICA.
DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS INSTRUMENTOS QUE LE SEAN ENCOMENDADOS PARA EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD.		DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS INSTRUMENTOS QUE LE SEAN ENCOMENDADOS PARA EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD.	ACTA DE REUNIÓN CON ESTADISTICAS VITALES MENSUALMENTE.
VERIFICAR CONFRONTAR LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DILIGENCIADOS Y FACTURADOS.		VERIFICAR CONFRONTAR LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DILIGENCIADOS Y FACTURADOS.	BASE DE DATOS ACTUALIZADA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL MES.
PARTICIPAR EN LA RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN ESTADISTICA DEL PUNTO DE ATENCIÓN EN EL QUE PRESTE EL SERVICIO.		SE RECIBEN INFORMES DE GESTIÓN A FINAL DE MES PARA CONSOLIDAR Y ENTREGAR OPORTUNAMENTE AL LA OFICINA DE PLANEACIÓN.	SE ANALIZARON Y CONSOLIDARON LOS INFORMES DE GESTIÓN Y SE ENTREGARON OPORTUNAMENTE A LA OFICINA DE PLANEACIÓN.
DAR UN USO RACIONAL A LOS INSUMOS Y EQUIPOS SUMINISTRADOS POR EL HOSPITAL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DE LA ORDEN.		DAR UN USO RACIONAL A LOS INSUMOS Y EQUIPOS SUMINISTRADOS POR EL HOSPITAL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DE LA ORDEN.	SE DA EL USO ADECUADO A CADA EQUIPO E INSUMO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.
REPORTAR OPORTUNAMENTE LAS ANOMALIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.		REPORTAR OPORTUNAMENTE LAS ANOMALIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	SE INFORMA AL LIDER CUANDO SUCEDE ALGO ANORMAL EN EL PUNTO DE ATENCIÓN.
CUMPLIR CON EL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INSTITUCIÓN.		CUMPLIR CON EL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INSTITUCIÓN.	SE CUMPLE CON LAS FUNCIONES DISPUESTAS EN EL MANUAL DE PROCESOS.
CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES INCLUIDAS DENTRO DE LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS SUBSISTEMAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y DENTRO DE ESTE TODO LO RELACIONADO CON CULTURA DE AUTOCONTROL, PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE HUMANIZACIÓN.		CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES INCLUIDAS DENTRO DE LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS SUBSISTEMAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y DENTRO DE ESTE TODO LO RELACIONADO CON CULTURA DE AUTOCONTROL, PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE HUMANIZACIÓN.	ENTREGO INFORME DE ACTIVIDADES.
ASISTIR A REUNIONES Y/O JORNADAS PROGRAMADAS POR EL HOSPITAL DEL SUR E.S.E TENDIENTES A ASEGURAR LAS METAS EN CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS. (INCLUYE INDUCCION O RE INDUCCION)		ASISTIR A REUNIONES Y/O JORNADAS PROGRAMADAS POR EL HOSPITAL DEL SUR E.S.E TENDIENTES A ASEGURAR LAS METAS EN CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS. (INCLUYE INDUCCION O RE INDUCCION)	ASISTO A SEGÚN LO RPOGRAMADO
PORTAR EL CARNET DE IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL, CUANDO SE TERMINE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ESTE DEBE SER DEVUELTO A LA OFICINA DE TALENTO HUMANO.		PORTAR EL CARNET DE IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL, CUANDO SE TERMINE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ESTE DEBE SER DEVUELTO A LA OFICINA DE TALENTO HUMANO.	SE PORTA EL CARNET DIARIAMENTE.
GARANTIZAR LA CUSTODIA Y BUEN USO DE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS QUE HACEN PARTE DEL SERVICIO.		SE UTILIZAN DE MANERA ADECUADA LOS ELEMENTOS Y EQUIPOS QUE HACEN PARTE DEL SERVICIO.	A DIARIO SE LE DA EL USO ADECUADO A LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS PARA EL DESARROLLO DE MIS ACTIVIDADES.
CUMPLIR CON LAS INDICACIONES EMITIDAS EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LA INSTITUCION Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS.		SE CUMPLE A DIARIO CON LAS INDICACIONES EMITIDAS EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD COMO MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS Y LAVADO DE MANOS.	A DIARIO DESECHO EN LAS CANECAS SEGÚN LA CLASIFICACION DE LAS MISMAS Y PRACTICO EL LAVADO DE MANOS CADA VEZ QUE SEA NECESARIO.
PRESENTAR MENSUALMENTE EL APORTE DE SALUD, PENSION Y ARL DE ACUERDO CON LA LEY.		HAGO MIS APORTES A SALUD, PENSION Y ARL DE ACUERDO CON LA LEY.	PRESENTO PLANILLA DE PAGO DE SALUD, PENSION Y ARL DE ACUERDO A LO ACORDADO EN MI CONTRATO .
LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN AFINES CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO.		LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN AFINES CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO.	SE CUMPLE POR INDICACIONES DEL LIDER LAS ACTIVIDADES AFINES CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras) $1,166,668 UN MILLON CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE ($.oo)

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL Claudia Silvana Ibarra Jaimes

C.C. 1.012.339.758.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

FOSYGA OK

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012339758
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA SILVANA IBARRA JAIME IBARRA JAIMES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 57 C 77-04	TELÉFONO:	7132272
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4221051926**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: junio		
	AÑO: 2018		AÑO: 2018		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/06/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999598895		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 125.000
SUBTOTAL:			1	**$ 125.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830009783	EPS023	EPS023-CRUZ BLANCA S.A.	1	$ 97.700
SUBTOTAL:			1	**$ 97.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 19.100
SUBTOTAL:			1	**$ 19.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 241.800**