1=12 un

12569

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	2/15/2018
Código	04-02-PG-4002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY VIVIANA VALERO CORTES												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018442239							
CORREO ELECTRONICO:	leidy_viviana16@hotmail.com				CELULAR:	3192260852							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBREDSUROCCIDENTE E.S.E.												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	AMBULANCIA				SEDE:	FO 03							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	N 0813	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870407402					PENSIONADO	no						

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1120-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 3	
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9327	FECHA	31-01-2018
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	2	2018		28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.220.400							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	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. 12 TURNOS =144 HORAS X VALOR DE HORA 8.475

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.729.050
VALOR EJECUTADO	$1.220.400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.220.400
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.508.650
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	26%

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
8325101703	$781.242,00	$97.700	$125.000	4	$0	**$222.700**

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

Claudia Benavides

DRA.CLAUDIA BENAVIDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Leidy Valero

LEIDY VIVIANA VALERO CORTES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

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

Ubicación del Servicio:	AMBULANCIAS					Sede: CAMI II					
No. DE CONTRATO:	1120-2018	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	2	18		28	2	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY VIVIANA VALERO CORTES		C. C.	1.018.442.239		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTEE.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
asistir a los turnos programados para apoyar el servicio de traslado asistencial básico o medicalizado	100%	Se asistió a los turno programados para apoyar el servicio de los traslados respectivos asistenciales básico o medicalizado	
Manejar hábilmente los pacientes en la escena del accidente.	100%	Se manejaron los pacientes de acuerdo a los protocolos clínicos de APH.	
Reportar al profesional a cargo en el servicio de urgencias el caso del paciente que se traslada y sus condiciones de salud.	100%	Se cumplen protocolos de comunicación con el centro regulador de urgencias así como en los diferentes centros asistenciales.	
Mantener en completo orden y aseo el instrumental y equipo teniendo en cuenta las técnicas de asepsia	100%	se cumplió con el aseo respectivo de equipos e instrumentos que hacen parte de la ambulancia.	
Apoyar el traslado de pacientes a las diferentes Instituciones que realizarán las actividades intermedias a que se remiten.	100%	Se apoyaron los traslado de pacientes a las diferentes Instituciones a los que son remitidos.	
Realizar los registros clínicos y Administrativos (bitácora establecida por el CRUE de la secretaria distrital de salud)establecida en la institución adhiriéndose a la sistematización de la Historia clínica.	100%	Se realizaron los registros clínicos y administrativos (Bitácora establecida por el CRUE de la Secretaria Distrital de Salud)libros de registro de tralado, libro de eventos adversos.	
Recibir y entregar turno en el servicio asignado en el horario establecido por la Institución de acuerdo a la guía.	100%	Se recibió y entrego turno en el servicio asignado en el horario establecido por la Institución.	
Propender por el clima laboral favorable con su paciente y familia, compañeros, superiores y demás miembros del equipo de salud.	100%	Se trabajo en un ambiente favorable tanto para los pacientes como los familiares; equipo de trabajo compañeros, superiores y demás equipo de salud	
Cumplir con los aspectos ético-legales que rigen el ejercicio de la enfermería	100%	Se cumplió con los aspectos éticos y legales que rigen el ejercicio de la enfermería	
Realizar las acciones que garanticen la cadena de custodia en los casos en que se requiera y el proceso durante el traslado.	100%	Se le informo a los pacientes o familiares el proceso que se lleva a cavo en el traslado y sus respectivas pertenencias	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **TOTAL: $ 1.220.400 UN MILLON DOCIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CT**

Leidy Valero

LEIDY VIVIANA VALERO CORTES 1.018.442.239

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha: 2/2018 Firma de recibido supervisor: Claudia Fernandes

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

Scanned by CamScanner

Señor(a): LEIDY VIVIANA VALERO CORTES
No. Identificación: CC 1018442239
Dirección: CARRERA 3 ESTE N 20A 92 SUR
Teléfono: 3640132 **Fax:** 3640132
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325101703

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	
Tipo y Numero de Identificacion	LEIDY VIVIANA VALERO CORTES
Numero Planilla	CC 1018442239
Fecha de Pago	8325101703
Numero de Autorización de Pago	2/16/2018
Banco	1000000426
Valor Comisión	1001
	$0

Numero de Empleados	1
Periodo Cotizacion Salud	Febrero 2018
Periodo Cotizacion Pension	Febrero 2018
Periodo Cotizacion Caja	Febrero 2018
Numero de Administradoras	4
Total Pagado	$258.200
Total Inicios Mora	$1.700

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.300	1
230301	Porvenir	$125.800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	$15.800	1
EPS008	Compensar EPS	$98.300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1018442239
APELLIDOS Y NOMBRES VALERO CORTES LEIDY VIVIANA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	781.242	781.242	781.242	781.242	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Scanned by CamScanner

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1018442239	VALERO	CORTES	LEIDY	VIVIANA	2018-01	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2017	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2016	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2016	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2016	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2016	01/05/2017	30	COTIZANTE	4023

Scanned by CamScanner