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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULY JOHANA MIRANDA SILVA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1026566861						
CORREO ELECTRONICO:	JULLYM02@GMAIL.COM				CELULAR:	3194554316						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UMHES				SEDE:	FONTIBON						
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	#007170510478								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3773			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 DE 6				
NÚMERO DE CDP	1230	FECHA	23/07/2018	NÚMERO DE CRP	34795	FECHA	31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como TECNICO ADMINISTRATIVO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. , de acuerdo a las necesidades de la institucion.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.333.333
VALOR EJECUTADO	$6.083.333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
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 **$1.953.105**, 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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
29402794	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

LILIANA RIOS VELANDIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

JULY JOHANA MIRANDA SILVA
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.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES			**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	3773-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.018		31	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULY JOHANA MIRANDA SILVA		**C. C.**	1.026.566.861		**DE**	BOGOTÁ		

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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Informar y adelantar los trámites administrativos relativos a la admisión de pacientes en agendas médicas, odontológicas y de enfermería acorde con los procedimientos adoptados por La Subred.	100%	Se verifica el agendamiento de turnos asignados en el area asistencial con el fin de tener consolidado cualquier novedad que se presente durante el mes y estar acorde con los procedimientos adoptados por La Subred.	Realización de informe mensual de atención medicos y especialistas del mes Agosto de 2018.
2. Suministrar historias clínicas y registrar las citas de los usuarios para los servicios ambulatorios en los diferentes puntos de atención de la Unidad.	100%	Se realiza verificación de historias clinicas de las areas de urgencias,observación y hospitalización en la UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN.	Se realiza verificación por medio de la base de datos DINAMICA .
3. Responder por la custodia de las historias clínicas de los usuarios, siguiendo los procedimientos establecidos de recepción, verificación, archivo, custodia y notificación de inconsistencias.	100%	Se realiza un buen uso de la plataforma DINAMICA,la cual maneja la custodia de las historias clinicas de cada usuarios,se registra cualquier novedad en el archivo manejado diariamente llamado monitoreo diario del mes agosto.	Se consolida base de datos del mes agostoverificando los usuarios atendidos en las areas;observación, partos ,UCI,Cirugias y hospitalización de la UNIDAD DE SERVICIOS - UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN.
4. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	100%	Se realiza entrega informe de producción ,se realiza consolidado de tiempo de atención a usuarios tablero de triage del mes agosto.	Elaboración informe final de estadística del mes agosto del 2018.
5. Verificar y confrontar los registros individuales de prestación de servicios diligenciados y facturados.	100%	Se verifica en la base de datos DINAMICA , las atenciones realizadas diarias en cada area urgencias,observación, partos ,UCI,Cirugias y hospitalización de la UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN,según sean los turnos asignados en el mes.	Se verifica por medio de la base de datos DINAMICA .
6. Participar en la recolección y procesamiento de la información estadística del punto de atención en el que preste el servicio.	100%	Se realiza validación de datos consolidados de todos los servicios de la UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN,con el fin de evaluar eficiencia,productivad,oportunidad,calidad en la atención a los usuarios.	Elaboración informe final estadistica mes agosto del 2018.
7. Dar un uso racional a los insumos y equipos suministrados por la Unidad para el desarrollo del objeto de la orden.	100%	Se da un buen manejo y custodia de los elementos dados para la realización de mis funciones.	Se garantiza correcto uso de los elementos dados a mi custodia.
8. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio.	100%	Se realiza solicitud de usuario para el aplicativo DINAMICA el area encargada , según corresponda la solicitud.	Se solicita al area encargada .
9. Cumplir con el manual del proceso y procedimientos de la institución.	100%	Se da cumplimiento a manual de procesos y procedimientos de la institución.	Se cumple las funciones del manual de procesos y procedimientos de la institución.
10. 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.	100%	Se realiza el apoyo en la realización de los informes en el Sistema de Información CIP ;para los servicios de urgencias,hospitalización,partos y cirugias de la UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN.	Sistema de Información CIP, ingreso en la plataforma mes agosto/2018.
11. Asistir a reuniones y/o jornadas programadas tendientes a asegurar las metas en cumplimiento de las mismas. (Incluye inducción o re inducción)	100%	Se asistió a reunión con lider de la UNIDAD DE SERVICIOS - UMHES y la unidad BOSTON de FONTIBÓN, con el fin de unificar procesos, consolidación de informes y envió de turnos.	Acta de unificación de procesos,consolidación de informes producción mensual.
12. Portar el carnet de identificación de la Subred, cuando se termine la relación contractual este debe ser devuelto a la Oficina de Talento Humano.	100%	Porto adecuadamente el carnet institucional en mi horario establecido.	Se porta el carnet institucional diariamente.
13. Garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio.	100%	Se garantiza un buen manejo de los equipos y elementos dados en mi puesto de trabajo.	Se garantiza correcto uso de los elementos dados a mi custodia.
14. Cumplir con las indicaciones emitidas en el Manual de Bioseguridad de la Institución y manejo de desechos hospitalarios.	100%	Se da cumplimiento a manual de Bioseguridad de la Institución y manejo de desechos hospitalarios dentro de la UNIDAD DE SERVICIOS -UMHES.	Se cumple las normas del manual de Bioseguridad de la Institución y manejo de desechos hospitalarios.
15. Presentar mensualmente el aporte de Salud, Pensión y ARL de acuerdo con la Ley. 16. Las demás actividades que sean afines con la naturaleza del contrato..	100%	Se realiza pago de Salud, Pensión y ARL segun corresponde el aporte.	Se realiza pago de seguridad social y Pensión y ARL.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.250.000(Un millón doscientos cincuenta mil pesos /Mcte).

CONTRATISTA: JULY JOHANA MIRANDA SILVA CEDULA 1.026.566.861

Fecha : Septiembre 2018, LILIANA RIOS VELANDIA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026566861	JULY JOHANA MIRANDA SILVA	CL 54C 95A 11 SUR	3194554316	JULLYM02@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	2018/08/09	359493466	$241.800
						29402794	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026566861	JULY JOHANA MIRANDA SILVA		CL 54C 95A 11 SUR	3194554316	JULLYM02@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I		29402794	$241.800

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1026566861	MIRANDA SILVA JULI JOHANA	59	0			N																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS017	781.242	97.700	14-28	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información