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:	PAOLA ALEXANDRA TRIVIÑO PALACIOS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	CC	C.E		NO.	52281174							
CORREO ELECTRONICO:	paito.1976@hotmail.com				CELULAR:	3227416461							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS CABAÑAS				SEDE:	PABLO VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA 27 N 04	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0,007590436								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1656 DE 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4				
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	21015	FECHA	30/04/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL 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 AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	5	2018		31	5	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,416,018										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5,664,072
VALOR EJECUTADO	$5,664,072
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,416,018
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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8479218308	$781.242	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241,800**

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

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR	PAOLA ALEXANDRA TRIVIÑO PALACIOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS CABAÑAS		Sede: PABLO VI BOSA						
No. DE CONTRATO:	SO-1656-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2,018		31	5	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ALEXANDRA TRIVIÑO PALACIOS		C. C.	52,281,174			DE	BOGOTÁ DC	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente ,sin que exista subordinacion ni relacion laboral ninguna alguna ,prestara sus servicios y conocimiento s como auxiliar de enfermeria de la Sub red integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Realizar actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermeria de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	SI	Actividades propias del centro de atención	Informes, seguimientos - actas
2) Informar al profesional de enfermeria los cambios en la evolucion del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clinico del paciente	SI	Información en cada una de las acciones de atención al profesional	Historia clinica
3) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atencion.	SI	Informe anotaciones de acciones presentadas durante el servicio	Anotaciones ,bitacora
4) Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprension de las oredenes medicas y dar continuidad al	SI	Por medio de la aplicación de guias de manejo y protocolos de atencion	Historia clinica ,planillas
5)Aplicar los procedimientos de bioseguridad ,salud ocupacional,gestion ambiental y calidad.	SI	realizar las respectivas acciones de cumplimiento	Proceso de atencion
6)Brindar orientacion a los pacientes y a sus familias con relacion a sus necesidades y expectativas deacuerdo con las politicas institucionales y las normas vigentes.	SI	Por medio de la aplicación de guias de manejo y protocolos de atencion	historia clinica ,planillas
7) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SI	Reportes realizados a diario	Libro y registros
8) Diligenciar documentos para facturacion,estadistica,libros de registro ,en forma legible.	SI	Diliguenciamiento adecuado y claro de los diferentes procesos	Aplicativo,Seguimientos-Historia Clinica y actas de asistencia ,libros
9) Realizar el registro diario y presentación de informes requeridos de las actividades ejecutadas.	SI	aplicar durante todo el servicio los lineamientos establecidos	Auditorias de calidad
10) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades asignadas y entregarlos a la paresona encargada en caso de	SI	realizacion de informes respectivos de las actividades realizadas	Informes
11) responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato.	SI	velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de equipos, documentos bienes muebles de la institucion	Listas de chequeo e inventarios
12) Participar en las jornadas de capacitacion ,induccion ,reuniones y eventos a los cuales a los cuales sea convocado.	SI	participacion en diferentes actividades	Actas de asistencia
13) notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Notificacion de fallas presentadas y realizacion de acciones de mejora	Aplicativo y planes de mejora
14) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred ,ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	SI	realizar las respectivas actividades establecidas y cada uno de los procedimientos	registros,actas,aplicativo
15)apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	SI	Participación en diferentes actividades	Actas de asistencia
16) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio,de acuerdo con el sistema de informacion de la subred.	SI	registro diario de las actividades realizadas en areas pertinentes	formatos y registros
17) Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud ,pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	entrega oportuna en los pagos realizados	soporte de pagos
18) Realizar las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto	SI	participacion el UAT - ULC y reuniones y otras actividades	actas de asistencia

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON CUATROCIENTOS DIESCISEISMIL DIESCIOCHO PESOS (1.416.018)

PAOLA ALEXANDRA TRIVIÑO PALACIOS CC 52281174 DE BTA
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : 05/2018 Firma de recibido supervisor
NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR
31-05-2018

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52281174		TRIVIÑO PALACIOS PAOLA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 78a # 84b-54 sur casa 36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3549997	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	38227012	8479218308	I	2018/05/18	2018/05/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$246,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$4,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$4,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$781,242**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$4,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$781,242**	**$0**
1	CC 52281174	TRIVIÑO PAOLA	230301	30	$781,242	$125,000	EPS023	30	$781,242	$97,700	CCF24	30	$781,242	$4,700	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$781,242	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$4,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$781,242**	**$0**

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52281174		TRIVIÑO PALACIOS PAOLA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 78a # 84b-54 sur casa 36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3549997	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	38227012	8479218308	I	2018/05/18	2018/05/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$246,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,700	$0	$0	$4,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$4,700	$0	$0	$4,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
CRUZ BLANCA	EPS023	830,009,783	0	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$246,500	$0	$0	$246,500

PAGADO