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:	ANGELICA BERNAL BORDA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	CC	C.E		NO.	39763085						
CORREO ELECTRONICO:	bernalangelica188@gmail.com				CELULAR:	3115209338						
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20585833686								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1655			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 DE 11			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
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	12	2018		1	12	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:	$15,576,198
VALOR EJECUTADO	$15,576,198
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
8330980314	$781.242	$97,700	$125,000	3	$19,100	**$241,800**

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

Cordialmente,

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGELICA BERNAL BORDA
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.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS CABAÑAS		Sede: PABLO VI BOSA						
No. DE CONTRATO:	SO-1655	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	12	2,018		31	12	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELICA BERNAL BORDA		C. C.	39,763,085			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)

ANGELICA BERNAL BORDA CC 39763085 DE BOGOTA

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : 01/12/2018 Firma de recibido supervisor:

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR

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

compensar | miplanilla.com

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANGELICA BERNAL BORDA
No. Identificación: CC39763085
Dirección: CALLE 2 D N 13 C BIS 40
Telefono: 7262548
Correo: ANGLICABERNAL@YAHOO.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8330980314

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGELICA BERNAL BORDA
Tipo y número de identificación	CC39763085
Número de planilla	8330980314
Fecha pago	2018-11-06
Número de autorización pago	480117879
Banco	1019

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
EPS005	Sanitas EPS	97700	1

8330980314

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 39763085
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGELICA BERNAL BORDA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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