7486

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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA ESCOBAR JACOME											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39019051						
CORREO ELECTRONICO:	di.anis51@hotmail.com				CELULAR:	3103301575						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA30											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Bosa						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K10	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4292000965								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0871-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2					
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8543	FECHA	31/01/2018				
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 DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2018		30	3	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.226.790
VALOR EJECUTADO	$3.173.010
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$53.780
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
2319835944	$781242	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

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

Jenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Escobar

DIANA ESCOBAR JACOME
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Exhibit Folio 30/18

BOGOTA, D.C. MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 2

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

DIANA ESCOBAR JACOME
CC. N° 39019051 BANCO - MAGDALENA

Por concepto de servicios prestados durante el mes de MARZO DE 2018 según contrato de prestación de servicios No 0871-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 30 **DIAS**
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE

TOTAL: $ 1.613.395

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 4292000965
DEL BANCO: COLPATRIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	100%	$ 1.613.395
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	0%	$ -
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 1.613.395

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44,603,000)		X

CORDIALMENTE, Diana Escobar

DIANA ESCOBAR JACOME
CC. N° 39019051 BANCO - MAGDALENA di.anis51@hotmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3103301575

	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:	PA30		BOSA						
			Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
No. DE CONTRATO:	0871-2018	Periodo certificado desde el	1	3	2.018	a	30	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA ESCOBAR JACOME	C. C.	39,019,051			DE	BANCO		

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 DE

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Especificos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Apoyando a PAI extramural ,en nevera con control de tempereratuta movimiento de biologicos , contro de remeza,alistamiento de termos, realizando seguimientos sanetizacion .	Registro diario de de hoja de temperatura,kardex y segumientos diarios
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años según necesidad.	Formato de activación de rutas
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Según activacion de rutas realizadas por el profesional	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Realizar actividades de auxiliar de enfermeria intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la Institución.	si	Se realizo actividad de seguimientos en la localidad de bosa	Se realizo oportunamente la actividad de seguimientos en la localidad .de bosa en el mes de marzo
Informar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia.	si	Al iniciar la actividad se hace verificacion de los formatos a diligenciar y según la necesidad de los insumos y elementos requeridos para realizar la actividad que esta programada se hace la solicitud al lider del area.	Al terminar la actividad se entrega sis 150, kardex diario de vacunacion,carnes de niños y adultos,jeringas ,algodón,agua esteril,contenedores de paredes rigidas,bolsas roja ,gris y verde,supragel, jabon quirucidal
Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área vigentes.	si	se realiza las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo encuenta la poblacion objeto PAI según los protocolos del area vigentes.	Se realizo con calidad y oprtunamente las actividades programadas de vacunacion,
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	si	Se diligencia sis 150,kardex diario,carnes niños y adultos,Aplicativo PAI en tiempo real y completo.	Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150,kardex diario del mes,.
Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE.	si	Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividedes educacion sobre la importancia de continuar con los difrerentes programas de promocion y prevencion,	Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promocion y prevencion.
Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida.	si	Se maneja el manual de bioseguridad ,los cinco correctos y se da educacion a cada uno de los usuarios brindando una atencion segura.	Dar cumplimiento a la educacion requerida para los usuarios ,aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguridad,
Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa.	si	Verificar y interpretar según la normatividad vigente cada carne de niños y adultos para asi realizar el procedimiento	Se realiza lectura de cada uno de los carnes debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados.
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	si	Se realizo para el cumplimiento de metas en puntos extramurales durante el mes de marzo	Se realiza aplicacion de 1ras dosis: 3 2das dosis: 3, 3ras dosis: 8, R1: 10 dosis, R2: 10 dosis, VPH: 5 dosis, TD gestante: 2 dosis,fiebre amarilla: 4 dosis DPTa: 3 dosis.
Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud.	si	Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud,	Se da a la comunidad y colaboradores de la institucion una actitud respetuosa y amable y colaborativa.
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	si	Se asiste a reuniones programadas en el mes de marzo	S e asistio a las reuniones según programacion y soporte en listados de asistencia.
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital.	si	Se realiza absoluta reserva de la informacion que se da a conocer en el desarrollo de las actividades.	Se guarda absoluta reserva de la informacion conocida en cada una de las actividades desarrolladas y realicionadas con el hospital.
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI	si	Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes de marzo.	Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,613.395. un millon seiscientos trece mil noventa y cinco pesos.

Diana Escobar
DIANA ESCOBAR JACOME CC. 39,019,051

Fecha . dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Alfonso O

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

V.B.

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	39019051
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA ESCOBAR JACOME
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 54 # 68I-65	TELÉFONO:	3115778256
TIPO APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	B- COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	enfermera
FORMA DE PRESENTACIÓN:		SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - PRINCIPAL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	2319835944	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIEI				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Marzo	AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES Marzo	AÑO 201
DÍAS DE MORA:				0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2018/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		714410

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201-PROTECION	1	$ 116.100	$0	$ 0	$0	$ 0	$ 0	$ 0	$124.998	$ 0	$124.9
SUBTOTALES:										$124.998	$ 0	$124.9

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGA
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.655	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.655	$ 0	$ 0	$97.6
SUBTOTALES:													$ 92.250	$ 0	$ 0	$97.6

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGA
14-28	14-28-SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$19031	$19.031	$ 0	$ 0	$19.0
SUBTOTALES:									$19.031	$ 0	$ 0	$19.0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
		1			
SUBTOTALES					

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES					
																										PENSIÓN							SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	A	C	D	EXT	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS	IBC	COTIZACION	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 39019051	DIANA ESCOBAR JACOME	INDEPEND	NO OBLIG COT PENSEDAD	$ 781.242				SI																	25-14-COLPENSIONES	30	$781.242	$124.998	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 124.998	EPS017-FAMISANAR	30	$737.717	$ 97.655	$ 0	$ 97.998	14-28-SURA	30	$ 737.717		$ 19.031							

TOTAL	$ 241.68