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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAROL LORENA MARENTES CRUZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1073717326						
CORREO ELECTRONICO:	carol.lorena28@gmail.com				CELULAR:	3012581224						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: PAPS PORVENIR.					SISTEMA DE INFORMACION							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION DEL RIESGO				SEDE:	PABLO VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA34-N 04	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	22177324586								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5645-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 2 de 2				
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP		43590	FECHA	30/09/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO 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	10	2018		31	10	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,416,018										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.218.444
VALOR EJECUTADO	$1,416,018
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
8484007610	$781,242.00	$45,600	$58,400	3	$8,900	**$112,900**

Dado en Bogotá en el mes de OCTUBRE del año Dos Mil Diez y Ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DRA. NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Carol Lorena Marentes

CAROL LORENA MARENTES CRUZ
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. SALUD
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS PORVENIR			**Sede: SUR**						
No. DE CONTRATO:	5645-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2,018		31	10	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAROL LORENA MARENTES CRUZ		**C. C.**	1,073,717,326		**DE**	SOACHA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1). Dar cumplimiento al manual de convivencia según lo descrito en lineamientos de secretaria distrital de salud, especifico para el PAI	SI	Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato ,	Se cumplio con el manual de convivencia con calidad,oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud.
2). Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frio y dilingenciamiento de formatos establecidos según normatividad vigente.	SI	Alistamiento de termos y paquetes frios para la jornada diaria.	Realizar alistamiento de termos y paquetes frios para desarrollar el cumplimiento de cadena de frio según lineamientos.
3). Mantener el servicio o area de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos para los procedimientos o actividades a ejecutar.	SI	se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas.	Se realiza sanitizacion al finalizar la actividad del termo y elementos de vacunacion
4). Realizar actividades de auxiliar de enfermeria intramural asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de accion de la institucion.	SI	actividades propias del centro de atencion	informes, seguimientos y actas.
5). Informar y solicitar oportunamente al lider del area, los recursos necesarios para la realizacion de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalias en la prestacion del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia.	SI	informar y solicitar al lider del area los recursos necesarios para la realizacion de las actividades	informar y solicitar al lider
6). Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atencion del usuario, teniendo en cuenta las normal tecnicas y administrativas, guias, protocolos, lineamientos y procedimientos del area, 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.
7). Dilingenciar de manera clara, completa y oportuna, los sotfware, instrumentos y formatos que le sean enconmendados, asi como velar por la custodia y el buen manejo de la gestion documental.	SI	Se diligencia sis 140,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 140.
8). Educar al individuo, familiar y comunidad en los temas de prevencion, promocion, tratamiento y rehabilitacion, y eventos de vigilancia en salud publica. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicio de la E.S.E.	SI	Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividades 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.
9). Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realizacion y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educacion 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,
10).Realizar lectura e interpretacion del carne 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 correspondiente a vacunacion.	Se realiza lectura de cada uno de los carnes debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados.
11). Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institucion.	SI	realizar cumplimientos de metas programadas	informe mensual
12). Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institucion. Promover en su area de prestacion de servicios la participacion 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.
13). Asisitir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	SI	participacion en el UAT, ULC, Reuniones y otras actividades	S e asistio a las reuniones según programacion y soporte en listados de asisitencia
14). Guardar absoluta reserva de la informacion 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.
15). Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y especificos del PAI.	SI	Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades	Se garantizo el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI aplicando los lineamientos del programa.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.416.045 Un millon cuatrocientos diez y seis mil cuarenta y cinco pesos m/cte

1073717326.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Carol Lorena Marentes Cruz.

Fecha : 09/2018 Firma de recibido supervisor:__ING. LILIANA RIOS VELANDIA

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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073717326		MARENTES CRUZ CAROL LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 3 # 1-26	SOACHA-CUNDINAMARCA	7812922	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	8484007610	8484007610	I	2018/10/05	2018/10/05	BANCO BOGOTA	0	$112,900

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)					$364,580	$58,400			$364,580	$45,600			$0	$0			$364,580	$8,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$364,580	$58,400			$364,580	$45,600			$0	$0			$364,580	$8,900		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$364,580	$58,400			$364,580	$45,600			$0	$0			$364,580	$8,900		$0	$0
1	CC	1073717326	MARENTES CAROL	230301	14	$364,580	$58,400	EPS017	14	$364,580	$45,600		0	$0	$0	14-28	14	$364,580	$8,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$364,580	$58,400			$364,580	$45,600			$0	$0			$364,580	$8,900		$0	$0

PAGADO

2018/10/05 10:00 AM