

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CAROLINA PARRA MORENO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E		NO.		52728729			
CORREO ELECTRONICO:				caroparra28@yahoo.es				CELULAR:		3183462790			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUR					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				DESARROLLO INSTITUCIONAL				SEDE:		Sur			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		Q03V	100,00%										
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				7500796508							PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		SO-3069-2018 - 30/11/2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 DE 10			
NÚMERO DE CDP	1729	FECHA	25/10/18	NÚMERO DE CRP		45680		31/10/18		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR APOYO COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE ESTADISTICA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCEOS Y PROCEDIMIENTOS DE LAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
				1	11	2018		30	11	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.250.000						

TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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

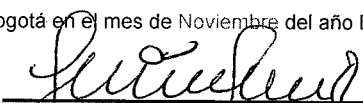
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$12.500.000
VALOR EJECUTADO	\$12.500.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.250.000
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8485172817	\$781.242,00	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685

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


JULIANA RÍOS VELANDÍA
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


CAROLINA PARRA MORENO
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0003



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:		DESARROLLO INSTITUCIONAL				Sede: UPA 105 CATALINA						
No. DE CONTRATO:		SO- 3069- 2018		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	11	2.018	a	30	11	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CAROLINA PARRA MORENO				C. C.		52.728.729		DE		BOGOTÁ
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR APOYO COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE ESTADISTICA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCEOS Y PROCEDIMIENTOS DE LAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION												
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐												
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS				
1. Informar y adelantar los trámites administrativos relativos a la admisión de pacientes acorde con los procedimientos adoptados por el Hospital				Se realizo apertura de Historia Clínica de primera vez para los pacientes nuevos, para los servicios prestados por el punto de atención				NA para la vigencia				
2. Suministrar historias clínicas y registrar las citas de los usuarios para los servicios ambulatorios en los diferentes puntos de atención del Hospital				Alistar historias clínicas según agendas de cada uno de los profesionales, entrega a cada profesional para cada servicio				OK				
3. Responder por la custodia de las historias clínicas de usuarios, siguiendo procedimientos establecidos de recepción, verificación, archivo y notificación de inconsistencias				Se efectuó la revisión de las Historias Clínicas entregadas por cada profesional de acuerdo a la relación de entrega hecha por estadística, se entregaron a programas para su registro respectivo, posteriormente se recibieron con relación de entrega por parte de programas y se archivan según número de documento				OK				
4. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.				Se diligencio y suscribio la agenda con revisión de relación de Historias Clínicas				OK				
5. Verificar los registros individuales de prestación de servicios diligenciados por los profesionales antes de su digitación y consolidación				Verificación de número de factura y número de código de Hipócrates, diagnóstico y si se trató de una consulta de primera vez o control, de igual manera revisión de centro de costos.				100 % CUMPLIMIENTO DE RIPS				
6. Participar en la recolección y procesamiento de la información estadística del punto de atención en el que preste el servicio				Digitación de RIPS en Hipócrates diariamente y envío de la información mensual consolidada a Planeación				100 % CUMPLIMIENTO DE RIPS SE ENTREGO CONSOLIDADO DE INFORMACION DE CADA UNO DE LOS PROFESIONALES.				
7. Participar en la administración de los recursos informáticos, según las normas y procedimientos establecidos				Se cumplieron las normas				OK				
8. Participar en el registro, información de la referencia y contrareferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.				Se registra en el aplicativo de referencia y contrareferencia los casos referidos				NA para la vigencia				
9. Dar un uso racional a los insumos y equipos suministrados por el Hospital para el desarrollo del objeto de la orden				Se utilizaron racionalmente los elementos				OK				
10. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio				No se presentaron anomalías				SIN NOVEDADES				
11. Participar en la organización de modelos de prestación de servicios multidisciplinarios y que contribuyan a la atención integral del individuo, la familia y la comunidad, según los lineamientos del Hospital.				N/A				NA para la vigencia				
12. Cumplir con el manual de procesos y procedimientos de la Institución.				Se cumplieron los procesos establecidos				Sin hallazgos durante la vigencia				
13. Proponer para su actualización mejoras en los procesos y procedimientos inherentes al área.								OK				
14. Brindar trato humano, ético y cálido con el cliente Interno y Externo de la Institución				Se dio trato cálido a los usuarios y compañeros de trabajo				OK				
15. Obrar con lealtad y buena fe, evitando todo tipo de dilaciones o entorpecimientos que pudieran entorpecer la gestión del Hospital				Se obró con lealtad y buena fe.				OK				
16. En general apoyar todas y cada una de las actividades tendientes a asegurar el cabal cumplimiento de la orden				Se realizaron las actividades requeridas para el cumplimiento del objeto contractual				Pago de salud y pensión mensual				
17. Presentar informe mensual de actividades al Supervisor de la orden adjuntando copia del recibo de pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social en los porcentajes que indique la ley para tal fin.				Se presenta informe mensual de actividades				ok				
18. Las demás actividades que sean afines con la naturaleza del contrato				Se cumple con las actividades				ok				
OBSERVACIONES: (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)												
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1250000 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS												
<p><i>Carolina Parra Moreno</i></p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL</p> <p>CONTRATISTA: 52.728.729</p>						<p>Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>[Firma]</i></p>						

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 52728729		PARRA MORENO CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 17AESTE 49A 41SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3718708	Si	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
2018-10	1000000386	8485172817	I	2018/11/09	2018/11/02	BANCO BOGOTA	0		\$241,800

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$97,700	\$0	\$0	\$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$97,700	\$0	\$0	\$97,700
TOTAL				1	\$241,800	\$0	\$0	\$241,800

PAGADO