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.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YURANY ARACELY PARRA TORRES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012335315						
CORREO ELECTRONICO:	vapt18@gmail.com				CELULAR:	3204158795						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SEDE: KENNEDY							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ENFERMERIA				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	J07	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	468270020893								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2526-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 de 4			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				N° DE PAGOS DEL CONTRATO ADICION						
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	21816	FECHA	30/04/2018			
NÚMERO DE CDP ADICION		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2018		31	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.807.820									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

SE REALIZA POR HORAS LABORADAS DE 180

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.605.656
VALOR EJECUTADO	$11.231.280
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.807.820
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$374.376
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
27054312	$1.160.565,00	$145.100	$185.700	3	$28.300	**$359.079**

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

Ana Rincón

JEFE ANA RINCON
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YURANY ARACELY PARRA TORRES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	UCI NEONATAL				Sede: KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	2526-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
N° DE CONTRATO ADICION:			1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YURANY ARACELY PARRA TORRES		C. C.		1.012.335.315		DE		BOGOTA

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 ENFERMERA de la Subred 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
Prestar servicios profesionales de enfermeria a los pacientes y usuarios, aplicando las normas establecidas por la institucion, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad, como principio rector en el servicio de UCI NEONATAL	SI	Se prestaron servicios de enfermeria a todos los pacientes hospitalizados en el servicio de UCI NEONATAL durante el mes de MAYO/18, teniendo en cuenta los diferentes procesos establecidos por la institución.	Se evidencia en las notas de enfermeria de los pacientes hospitalizados, en el servicio de UCI NEONATAL
Recibir y entregar turno de 7:00 PM A 7:00 AM en UCI NEONATAL según programacion de turno aplicando los procedimientos difundidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el hospital.	SI	Se recibio oportunamente turno a las 19:00pm y se entrego a las 7:00 am al personal de enfermeria entrante.	Se evidencia en el libro de folio en el servicio de UCI NEONATAL
Coordinar en el area de UCI NEONATAL actividades y tareas inherentes a la atencion de los pacientes, teniendo en cuenta la preparacion, tratamiento y las habilidades individuales del personal brindando un optimo cuidad.	SI	Teniendo encuenta las habilidades individuales del personal que labora en el servicio de UCI NEONATAL en el mes de MAYO/18, se distribuyen las diferentes actividades de enfermeria para asi brindar un cuidado optimo y con calidad.	NO APLICA
Realizar las actividades de salud brindando cuidado directo al paciente de UCI NEONATAL utilizando las tecnicas antisepticas establecidas en los protocolos y procedimientos fijados por la institucion.	SI	Siempre antes de realizar actividades que implican el cuidado directo de los pacientes hospitalizados en el servicio de UCI NEONATAL en el mes de MAYO/18 se aplica todo lo descrito el los diferentes protocolos establecidos por la institución.	Se evidencia en las notas de enfermeria de los pacientes hospitalizados, en el servicio de MAYO/18
Identificar, analizar y reportar signos de alarma presentados a los pacientes a su cargo e informar oportunamento al medico del area sobre las situaciones de emergencia y riesgos que pueda tener el paciente en el servicio de UCI NEONATAL	SI	Al momento de identificar alguna anormalidad durante la hospitalización de los pacientes del servicio de UCI NEONATAL en el mes de MAYO/18 se informa de manera inmediata al medico disponible y se registra en las notas de enfermería.	Se evidencia en las notas de enfermeria de los pacientes hospitalizados, en el servicio de UCI NEONATAL
Verificar el adecuado uso y organización de la historia clinica propendiendo por su correcto diligenciamiento y custodia en el servicio de UCI NEONATAL	SI	Proceso que se realiza a diario cuando se hace rebición de las historias clinicas durante el mes de MAYO/18 en el servicio de UCI NEONATAL	Se evidencia en las historias clinicas de UCI NEONATAL durante el mes de MAYO/18
Cumplir con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biologico, ambiente y de la salud que se puedan producir por el inadecuado manejo de los residuos en el servicio de UCI NEONATAL	SI	En el servicio de UCI NEONATAL en el mes de MAYO/18 Se utilizaron todas las normas de bioseguridad para disminuir dichos riesgos.	Se evidencia en las notas de enfermeria de los pacientes hospitalizados, en el servicio de UCI NEONATAL
Promover y aplicar las acciones de humanizacion y seguridad en los pacientes y servicio de UCI NEONATAL	NO	Durante la hospitalizción de los pacientes en el sevicio de UCI NEONATAL en el mes de MAYO/18 se tiene un trato digno y humanizado.	NO APLICA
Participar en la coordinacion y ejecucion de las labores de apoyo y diagnostico terapeutico de los diferentes servicios	SI	Se verifica que los diferentes apoyos diagnosticos ordenados se realicen acabalidad según disponibilidad de la institución	NO APLICA
Reportar accidentes de trabajo e informar actividades que vayan en contra de la salud del paciente	NO	Durante el mes de MAYO/18 NO APLICA	NO APLICA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2.807.820 DOS MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

YURANY ARACELY PARRA TORRES 1012335315

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

Scanned by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012335315	YURANY ARACELY PARRA TORRES	CALLE 69 # 77 L 34 SUR	313885812	YAPT18@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	16/05/2018	27054312	$361.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.100	0		0		0	9	1.100	0	146.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	185.700	0	0	0	0	9	1.400	0	187.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	28.300				28.300	9	200	28.500			283	28.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.100	146.200
Pensión	1	185.700	187.100
Riesgos Laborales	1	28.300	28.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	359.100	361.800

PAGADA 27054312

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

Scanned by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012335315	YURANY ARACELY PARRA TORRES	CALLE 69 # 77 L 34 SUR	313885812	YAPT18@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	16/05/2018	27054312	$361.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012335315	PARRA TORRES YURANY ARACELY	59	0			N																	231001	1.160.565	185.700	0	0	0	0	EPS008	1.160.565	145.100	14-28	1.160.565	3	28.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Scanned by CamScanner

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Sí usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1012335315	PARRA	TORRES	YURANY	ARACELY	2018-04	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERIODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	01/08/2016	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	01/08/2016	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	01/08/2016	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	01/08/2016	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	01/08/2016	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	01/08/2016	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	01/08/2016	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	01/08/2016	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2017	01/08/2016	30	COTIZANTE	4023

Scanned by CamScanner