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. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA MARCELA TORRES RIVERA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53.003.501						
CORREO ELECTRONICO:					CELULAR:	3043546619						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	BO35											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CIRUGIA				SEDE:	ASITENCIAL						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	C01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4282003600								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1012/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12			
NÚMERO DE CDP	1990	FECHA	13/12/2018	NÚMERO DE CRP	48532	FECHA	17/12/2018			
NÚMERO DE CDP	26	FECHA	10/01/2019	NÚMERO DE CRP	8329	FECHA	15/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestacion de Los Servicios Personales de carácter Temporal como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA - RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2019		31	1	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	($180 horas a 8.475) $1.525.500									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								
OBSERVACIONES: Valor a pagar sin novedades ($180 horas a 8.475) $1.525.500										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.933.150
VALOR EJECUTADO	$18.628.050
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.525.500
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$305.100
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 deben 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
1017304770	781.242	97.700	125.000	3	19.100	241.800

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Enero de 2019 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Diana torres	
LUZ DARY CAMPOS	DIANA MARCELA TORRES RIVERA
SUPERVISOR DEL CONTRATO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio: CIRUGIA						Sede: BOSA II NIVEL		
No. DE CONTRATO:	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
1012		1	1	2019		31	1	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA MARCELA TORRES RIVERA		C. C.	53.003.501			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestacion de Los Servicios Personales de carácter Temporal como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA - RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO _X_ Servicios: SI _X_ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector. En sala	X	Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector. En sala	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Recibí y entregue turno a las 7.00am, 1.00pm, según programación de turno aplicando los procemientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital. . En sala de partos	X	Recibí y entregue turno a las 7.00am, 1.00pm, según programación de turno aplicando los procemientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital. . En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Realice toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente.	X	Realice toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente.	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Prepare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos.. En sala de partos	X	Prepare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos.. En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Realice el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínic	X	Realice el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínic	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Verifique las dietas y acompañe al paciente a esta hora.. En sala de partos	X	Verifique las dietas y acompañe al paciente a esta hora.. En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Observe y reporte signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente . En sala de partos	X	Observe y reporte signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente . En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Colabore con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas . En sala de partos	X	Colabore con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas . En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes

OBSERVACIONES: Valor a pagar sin novedades

TOTAL A PAGAR (UN MILLON QUINIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.)$1.525.500

Diana Torres.

DIANA MARCELA TORRES RIVERA
C.C. 53003501

LUZ DARY CAMPOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-01-17, 06:46:09 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1017304770 **Referencia pago(PIN)** 8895734720

Periodo Cotización 201812 **Periodo Servicio** 201812

Cliente:

PAGADA 2019-01-14

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARCELA TORRES RIVERA				
Documento	CC 53003501	**Dirección**	CALL 72 B SUR NO. 89 A -01		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7974622		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53003501						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	TORRES RIVERA DIANA MARCELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 781.242	230201		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-28	3	2,436 %	$ 781.242	$ 19.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!