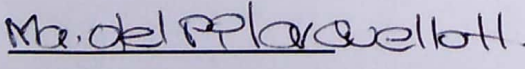


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			LINA PAOLA RINCON AGUDELO							
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		1014271306		
CORREO ELECTRONICO:			linarincon2909@gmail.com			CELULAR:		3213295949		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SU52 / SU56				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			ENFERMERIA			SEDE:		Sur		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
				N04						
ENTIDAD FINANCIERA:			Davivienda			TIPO DE CUENTA:		Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			458200132157					PENSIONADO	No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			5758-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3		
NÚMERO DE CDP		FECHA	NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar apoyo como PROFESIONAL EN ENFERMERIA en el área o PAPS PIO XII- ALQUERIA, ARGELIA (PYD), dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la institución							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
				1	12	2018		31	12	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$2.606.343							
TIPO DE SERVICIOS			Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%					
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO										
CONCEPTO						VALORES				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$7.819.029				
VALOR EJECUTADO						\$7.819.029				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2.606.343				
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 <u>mínimo</u> 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				
31788332	1,085,327	\$135.700	\$173.700	3	\$26.500	\$335.900				
Dado en Bogotá a los días (31) del mes de DICIEMBRE el año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,										
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 Lina Paola Rincon Agudelo Profesional universitario 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	3
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código	04-02-FO-0002



Ubicación del Servicio:	SUBRED SUR OCCIDENTE- ASISTENCIAL		Sede: PAPS 63 ALQUERIA						
Na. DE CONTRATO:	5758-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	12	2018		31	12	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA PAOLA RINCON AGUDELO		C. C.	1.014.271.306			DE	BOGOTA	

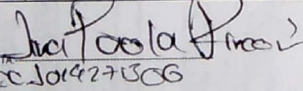
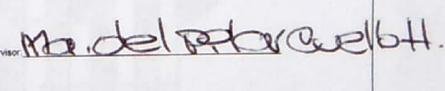
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como enfermera consulta externa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar procedimientos de inserción y retiros de implantes, según las fechas de programación dadas en el mes.	NO APLICA	NO SE REALIZA ESTOS PROCEDIMIENTOS	NO APLICA.
Coordinar el desarrollo y velar por el cumplimiento de las actividades de promoción y detección temprana propuestas en el sitio donde preste sus servicios.	PROGRAMADO	SEGUIMIENTO A DEMANDA INDUCIDA Y CUMPLIMIENTO DE RES 412	ENTREGA FORMATOS DE DEMANDA INDUCIDA, SEGUIMIENTOS.
Diligenciar todos los registros en forma clara y legible, teniendo en cuenta directrices del comité de historias clínicas.	PROGRAMADO	SEGUIMIENTO A DEMANDA INDUCIDA, AGENDAS E INFORME DE GESTIÓN. FORMATO DE AUTOCONTROL.	FORMATO AUTOCONTROL MENSUAL.
Presentar de acuerdo a los cortes definidos por la institución los correspondientes informes de actividades, gestión y aquellos solicitados por el supervisor del contrato.	PROGRAMADO	ENTREGA DIARIA DE HISTORIAS CLINICAS RIPS. ENTREGA MENSUAL DE INFORME DE GESTIÓN.	HISTORIAS CLINICAS POR AGENDA RIPS E INFORME DE GESTIÓN.
Participar en las revisiones de historias clínicas y auditorías programadas por la institución o entes externos que así lo ameriten. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato.	PROGRAMADO	NO SE PROGRAMARON ACTIVIDADES	NO APLICA.
Capacitar cuando se requiera a los diferentes funcionarios, familia o comunidad sobre temas de interés en salud.	PROGRAMADO	ACTIVIDADES EDUCATIVAS INMERSAS EN LA CONSULTA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICA
Cumplir con actividades agendadas o programadas por la institución.	NO PROGRAMADO	NO SE PROGRAMARON ACTIVIDADES	NO APLICA.
Participar en acciones de vigilancia epidemiológica y realizar las diferentes notificaciones en salud pública.	PROGRAMADO	NOTIFICACION DIARIA DE NIÑOS Y GESTANTES ATENDIDOS EN CONSULTA (SISVAN-GESTA)	LISTADOS DE NOTIFICACION SEMANAL.
Mantenerse capacitado y actualizado en temas de interés: normas, guías, protocolos y actualización en el manejo de guías, para el buen desarrollo de sus labores.	PROGRAMADO	REUNION RED METERNO PREINATAL	ACTA DE ASISTENCIA
Brindar un trato digno, con calidad y ética a los pacientes, sus familiares y demás compañeros de trabajo.	PROGRAMADO	ATENCION PRESTADA CON CALIDAD Y CALIDEZ DANDO CUMPLIMIENTO A NUESTRA POLITICA DE CALIDAD Y HUMANIZACION.	NO SE REPORTARON QUEJAS DE MI ATENCION
Reportar oportunamente las anomalías en el servicio al supervisor del contrato.	NO PROGRAMADO	NO SE HAN PRESENTADO	NO APLICA.
Cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementación, desarrollo y mantenimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional.	PROGRAMADO	SEGUIMIENTO O AUTOCONTROL MENSUAL.	FORMATO DE AUTOCONTROL.
Asistir a reuniones y/o actividades programadas por la institución y contribuir a un buen desarrollo de las mismas (incluye inducción y reinducción).	NO PROGRAMADO	NO SE PROGRAMARON ACTIVIDADES	ACTA DE ASISTENCIA
Portar el carnet institucional, cuando se termine la actividad, el carnet debe ser devuelto.	PROGRAMADO	UTILIZACION DE CARNET DIARIAMENTE.	UTILIZACION DE CARNET DIARIAMENTE
Garantizar la custodia y buen uso de los elementos y equipos utilizados en la institución.	PROGRAMADO	SE REALIZA LA CUSTODIA DIARIA, RECIBIENDO Y ENTREGANDO DIARIAMENTE EL CONSULTORIO AL GUARDA DE TURNO.	FIRMA: PLANILLAS DE CUSTODIA DE CONSULTORIO.
Cumplir con todas las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la institución, elementos de protección personal y segregación en la fuente.	PROGRAMADO	REALIZACION DIARIA DE UNA ADECUADA ASEGURACION EN LA FUENTE, LAVADO DE MANOS TENIENDO EN CUENTA LOS CINCO MOMENTOS Y UTILIZACION DIARIA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.	ITEMS EVALUADOS EN FORMATO DE AUTOCONTROL Y PLANILLA DE SEGUIMIENTO A TECNICA DE LAVADO DE MANOS
Presentar mensualmente el certificado de aportes a salud, pensión y ARL, según lo determinado por ley.	PROGRAMADO	SE REALIZARON LOS PAGOS CORRESPONDIENTES	CERTIFICACION DE PAGO MENSUAL.

OBSERVACIONES: Se anexan soportes de pago de SALUD, PENSION Y ARL.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2.606.343 DOS MILLONES SEIS CIENTOS SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

CONTRATISTA:  cc: 1014271306	Fecha: Firma de recibido supervisor: 
--	--

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

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/SEMANA)	CANTIDAD
CC	1014271306	LINA PAOLA RINCON AGUDELO	CARRERA 105 F BIS No. 68 - 20	4356364	linarincon2909@gmail.com	10/12/2018	EMPLEADOS
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DÉPARTAMENTO	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO	PERIODO PENSIONES	NÚMERO PLANILLA
UNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D.C.		BOGOTÁ D.C.	2018-12	31788332
						TOTAL A PAGAR	\$335.900

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/SEMANA)	CANTIDAD
CC	1014271306	LINA PAOLA RINCON AGUDELO	CARRERA 105 F BIS No. 68 - 20	4356364	linarincon2909@gmail.com	10/12/2018	EMPLEADOS
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DÉPARTAMENTO	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO	PERIODO PENSIONES	NÚMERO PLANILLA
UNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D.C.		BOGOTÁ D.C.	2018-12	31788332
						TOTAL A PAGAR	\$335.900

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	135.700	0		0		0	0	0		135.700	1