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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ DARY QUINTERO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52161420						
CORREO ELECTRONICO:	lquintero@@subredsuroccidente.gov.co				CELULAR:	3114796482						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA FO08											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	N04	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7500784538								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1651-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12	
NÚMERO DE CDP	1990	FECHA	13/12/2018 10/1/2019	**NÚMERO DE CRP**	26 8834	**FECHA**	17/12/2018 15/1/2019
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA 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.						

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	1	1	2019	**HASTA**	31	1	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.416.018							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

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:	$16.992.216
VALOR EJECUTADO	$16.992.216
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
8332514067	$781.242	$97.655	$124.999	$3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Dary Quintero
LUZ DARY QUINTERO
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.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Codigo:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**CAPS ZONA FRANCA**		**Sede: FONTIBON**							
No. DE CONTRATO: 1651-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
		1	1	19		31	1	2.019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**LUZ DARY QUINTERO**	**C. C.**	52.161.420	**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 AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __x__ NO ____ Servicios: SI __x_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. REALIZAR AL 100% EL TOTAL DE LOS SEGUIMIENTOS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS. 2. ASISTIR A LA REUNIONES PROGRAMADAS DEL PROCESO DE ATENCION INTRAMURAL. 3. EMPODERAMIENTO E IMPLEMENTACION DEL PROCESO DE ACREDITACION. 4. GARANTIZAR EL TRATO HUMANIZADO HACIA TODOS NUESTRO USUARIOS(EXTERNOS E INTERNOS). 5.VERIFICACION DE LOS USUARIOS DE LAS BASES DE DATOS DE LOS PROGRAMAS.	1. SI 2. SI 3. SI 4. SI 5. SI	1. REALICE ENTREGA DE MICRONUTRIENTES, RESULTADOS DE CITOLOGIAS, PLANIFICACION FAMILIAR, ARREGLO DE MUESTRAS DE CITOLOGIAS, VACUNACION A LIBRE DEMANDA, DIRECCIONAMIENTO A TODAS LAS GESTANTES A LA RUTA DE LA GESTANTES DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTETRICO . 2. ASISTENCIA AL COMITÉ PAI LOCAL 3. ME ADHERI A LOS ESTANDARES DE ACREDITACION COMO LAVADO DE MANOS, DESINFECCIONES RELACIONADAS AL AREA DE TRABAJO. 4. OBRE CON LEALTAD Y BUENA FE BRINDANDO UN TRATO DIGNO HUMANIZADO Y UNA ATENCION ADECUADA A LOS PACIENTES. 5. REALIZE RETROALIMENTACION DE BASES DE DATOS DE PROGRAMAS P Y D PARA ASI DAR CUMPLIMIENTO A LAS MISMAS	1. TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMAS- 15 2. CAMBIO DE SONDA SEGÚN AGENDA- 9 3. DIFERENTES PROCEDIMIENTOS, RETIRO DE PUNTOS, CURACIONES
6. LLEVAR KARDEX DE INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS,REGISTRAR ENTREGA DE MEDICAMENTOS,ADHEENCIA AL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS. 7. SEGUIMIENTOS A BASES DE DATOS DE HTA, DM,EPOC,ERC,CCU,COLPOSCOPIAS,SIP,GESTANTES,SINTOMATICOS RESPIRATORIOS,PLANIFICACION. 8. SEGUIMIENTOS A LA INFORMACION EN SSR (VIH Y SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA)	6. SI 7. SI 8. SI	6. SOLICITE INSUMOS MEDICQUIRURGICOS SEGUN LA NECESIDAD DEL MES. RECIBI INSUMOS SEMAFORICE LOS ORGANIZE EN SU RESPECTIVO LUGAR E INGRESE EN EL KARDEX CON SUS LOTES Y FECHAS DE VENCIMIENTO. 7. REALICE SEGUIMIENTOS DE BASES PARA ENTREGAS DE RESULTADOS Y EL INGRESO DE LOS MISMOS AL SISTEMA . SE ENVIARON SEMANALMENTE LAS NOTIFICACIONES DE IRAG Y EDA Y SE INGRESA AL APLICATIVO SIVIGILA . 8. PRESENTE MENSUALMENTE LOS INFORMES DE GESTANTES EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS POR EL COORDINADOR	8. SOLICITUD DE PEDIDO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS Y PAPELERIA LOS 20 DE CADA MES.
9. SEGUIMIENTOS A BASES DE DATOS CASOS PRIORIZADOS DE CANCER DE MAMA Y CANCER DE PROSTATA. 10. CONSOLIDACION DE ASESORIAS INTEGRALES EN SSR EN CONTENIDOS MINIMOS:PAQUETE INTEGRAL DE ATENCION A LAS MUJERES GESTANTES, SENTENCIA C355, INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, PROTOCOLO DE VIOLENCIA SEXUAL. 11. REALIZAR DEMANADA INDUCIDA A LOS DIFERENTES PROGRAMAS. 12. REVISION DE DATOS DE BASE DE GESTANTES Y CRONICOS. 13. SEGUIMIENTO DE LA INFORMACION DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.	9. SI 10. SI 11. SI 12. SI 13. SI	9. SE DA INFORMACION A LAS USUARIAS SOBRE LA IMPORTANCIA DEL AUTOEXAMEN D E SENO Y DE REALIZARSE LA MAMOGRAFIA DESPUES DE LOS 50 Y CITOLOGIA VAGINAL CADA AÑO. 10. REALICE LAS RESPECTIVAS NOTIFICACIONES A LOS PROGRAMAS CORRESPONDIENTES SIVIM Y SISVECOS SEGUN EL CASO PRESENTADO. 11. SE REALIZAN LLAMADAS DE SEGUIMIENTO DE CITOLOGIAS , VIH , E INFORMES MENSUALES	11. LLAMADAS DE SEGUIMIENTO A ENTREGA DE PATOLOGIAS 13. SE ENTREGAN RESULTADOS A PATOLOGIA -2
14. ATENDER EL SERVICIO DE VACUNACION ASIGNADO Y DILIGENCIAR COMPLETAMENTE LOS FORMATOS DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA, INFORMAR A LOS USUARIOS EL ESQUEMA DE VACUNACION Y LAS POSIBLES REACCIONES POST-VACUNALES QUE SE PUEDAN PRESENTAR. 15. SEGUIMIENTOS A LOS PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION PROPIO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE LOS PAPS. 16. ASISTENCIA CLINICA AL PROFESIONAL QUE LO REQUIERA (GASTROENTOROLOGIA,COLPOSCOPIAS). 17. VELAR POR EL INVENTARIO DE DE CONSULTORIOS CON ENTREGA Y RECIBIDO DE EQUIPOS DIARIAMENTE REGISTRANDO EN LA PLANILLA DE AUSTAMIENTO DE	14. SI 15. SI 16. SI 17. SI	14. REALICE VACUNACION A LA NECESIDAD DEL USUARIO. REALICE LA SOLICITUD DE LA VACUNA SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO. RECIBI VACUNA Y SEMAFORICE Y ORGANIZE EN LA NEVERA. REALICE ARQUEO DE NEVERA DIARIO. GENERE DIARIO VACUNADO Y DILIGENCIE KARDEX DIARIO . REGISTRE TEMPERATURA DIARIA. REALICE LAVADO DE LA NEVERA MENSUAL. GENERE SEGUIMIENTOS A COHORTES TELEFONICAMENTE SE ENTREGA INFORME MENSUAL DE VACUNACION. 15. REALIZE DESINFECCION DE LOS CONSULTORIOS SEMANALMENTE SEGUN LOS PRTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION. 17. REALICE INVENTARIO DE CONSULTORIOS CON ENTREGA Y RECIBIDO DE EQUIPOS DIARIAMENTE Y REGISTRE EN PLANILLA DE AUSTAMIENTO DE CONSULTORIOS	16. LOS SABADOS SE REALIZA LA DESINFECION TERMINAL DE TODOS LOS CONSULTORIOS ASIGNADOS. 17. A VERIFICACION DE TODOS LOS EQUIPOS MEDICOS DIARIAMENTE Y REGISTRO EN LA LISTA DE CHEQUEO
18. USO ADECUADO DEL UNIFORME Y CARNE SEGUN LINEAMIENTO INSTITUCIONAL. 19. ASUMIR EL 100% DE LA GLOSA GENERADA POR LA FIRMA INTERVENTORA AL DETERMINAR LAS INCONSISTENCIAS EN SOPORTES Y O ACCIONES DE	18. SI 19. SI	18. USO ADECUADAMENTE MI UNIFORME Y CARNE INSTITUCIONAL	USO ADECUADA MENTE EL UNIFORME Y EL CARMET INSTITUCIONAL

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL DIECIOCHO PESOS (1,416,018)

Luz Dary Quintero

LUZ DARY QUINTERO-CC- 52161420

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.

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios

Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios

Señor(a): LUZ DARY QUINTERO
No. Identificación: CC 52161420
Dirección: CLL35A 73B-08
Teléfono: 4501746 **Fax:** 7594744
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8332514067

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	LUZ DARY QUINTERO
Tipo y Número de Identificación	CC 52161420
Número Planilla	8332514067
Fecha de Pago	1/21/2019
Número de Autorización de Pago	69744536
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Diciembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Diciembre 2018
Periodo Cotización Caja	Diciembre 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$259.800
Total Interes Mora	$2.600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.300	1
230301	Porvenir	$126.100	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$15.900	1
EPS008	Compensar EPS	$98.500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52161420
APELLIDOS Y NOMBRES QUINTERO LUZ DARY

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	781.242	781.242	781.242	781.242	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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