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	

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VEGA PRIETO STHEFANIE JOHANA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018465891							
CORREO ELECTRONICO:					CELULAR:	3005548295							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED SUROCCIDENTE												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA				SEDE:	BOSA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU71	14%	B035A11	86%									
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	%	0 550009500722575							PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**2223-2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**3 DE 3**			
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019	**NÚMERO DE CRP**	**13814**	**FECHA**	**31/01/2019**			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería,dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2019		30	4	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.280.046									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	N/A							

OBSERVACIONES: Se realizan 180 horas en USS Bosa por un valor hora de $15,694 para un total de $2,824,920 y 29 horas en USS Patio Bonito por un total de $455.126. Valor generado $3.280.046

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.226.454
VALOR EJECUTADO	$9.212.378
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.280.046
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$14.076
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 $.**2,070,290** 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
33697894----34168690	$1.305.562	$163.200	$208.900	3	$31.900	**$404.000**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de ABRIL del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ DARY CAMPOS
Profesional Especializada
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

STHEFANIE JOHANA VEGA PRIETO
Profesional Univeristario
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS PATIO BONITO		Sede: Sur						
No. DE CONTRATO: 2223-2019		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	4	2.019		30	04	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	STHEFANIE JOHANA VEGA PRIETO		C. C.		1.018.465.891		DE	Bogotá	

OBJETO DEL CONTRATO: El contratista a nombre propio y de manera independiente , sin que exista subordinacion ni relacion laboral alguna, prestara sus servivios como profesional de enfermeria de la Subred integrada de servicios de salud sur occidente

el rersultado del cumplimiento del contrato es productos: SI ____ NO____ Servicios: SI_____ NO_____

Apoyar la realizacion de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapeuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral	Programado	Ofrecer apoyo de enfermería según se requiera por parte del personal de medicina	Evidenciado en la historia clinica de cada paciente.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Programado	Utilizacion de canales activos de comunicación, resaltando el respeto y la atencion con calidad humana	Se evidencia en que no hay quejas ni reclamos durante el turno prestado
Llevar el registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Programado	Cumplimiento de ordenes medicas segun criterio medico, Llevar acabo los procesos y procedimientos de acuerdo a la historia clinica del paciente	Cumpliendo el correcto manejo de historias clinicas al 100%, registrado en la historia clinica
Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido	Programado	Explicar adecuadamente el estado actual del paciente junto con todos los procedimientos y actividades que se le han realizado	Se diligencia adecuadamente el libro de entrega de turno explicando adecuadamente todo lo relacionado con el paciente
Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Programado	Explicar adecuadamente el estado actual del paciente junto con todos los procedimientos y actividades que se le han realizado	Se entrega la notificacion epidemiologica pertinente según sea el caso cumpliendo las normas de bioseguridad y haciendo un buen manejo de los deshecho que generan . Al 100%
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio	Programado	Identificar la falla que se presente durante el cumplimiento de actividades notificando adecuadamente para asi solucionar el daño en el menor tiemo posible	Se diligencia el libro de novedades especificando la clase de falla que se puede presentar en el servicio
Participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Programado	Realizar una participacion activa donde se implementen acciones de mejora para el servicio hacia el beneficio de los empleados y el usuario	Acta de reunion con los puntos especificos a mejorar
Impartir instrucciones al personal a cargo	Programado	Liderar y organizar al personal para lograr el adecuado cumplimiento de los labores de cada profesional	Evidenciado en el libro de novedades que se diligencia por cada turno
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Programado	Revisión correcta de cada una de las historias clinicas para verificar las valoraciones medicas y asi llevar un adecuado control con las ordenes medicas y las notas de enfermeria acordes a la evolucion del paciente	Revision correcta en un 100% acordes a las valoraciones medicas con adecuadas notas de enfermeria, evidenciado en la historia clinica con sello y firma del profesional de enfermeria
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	Programado	Realizar actividades según el estado clinico de cada paciente	Registro en la historia clinica de acuerdo a cada parametro correspondiente
Practicar el segumiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Programado	Realizar cada una de las actividades correspondientes a la patologia, para el beneficio del Paciente	Diligenciamiento adecuado de la historia de clinica con notas de enfermeria para cada paciente que se encuentra en la institucion
Informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	Programado	Mediante un lenguaje sencillo se brindara explicacion adecuada al paciente y su familia el estado actual.	Se vera reflejado en la nota de enfermeria con el debido diligenciamiento de la historia clinica
Promover acciones de humanizacion en la atencion y de seguridad del paciente en el servicio	Programado	Realizar cada una de las actividades correspondientes con un adecuado tarto de humanizacion el cual se requiera	Adecuada comunicación que permita brindar un adecuado trato al usuario y asi mismo recibir un tarto coordial el personal de salud
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred	Programado	Adherencia al acuerdo 029 del 2011	Actualizacion oportuna en los cambios que se generen para el cumplimiento del 100% de las mismas
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas a su supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Programado	Se realizan Informes de gestion implementados por la institucion correspondientes a cada actividad	Se presenta informe de cumplimientos de actividades ademas del autocontrol mensual estipulado por el Hospital
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	Programado	Durante la entrega de turno se realizara la entrega de inventario con todo lo que cuenta la institucion	Diligenciamiento en cada turno del libro de inventario donde se registra cada uno de los elemntos con los que cuenta la institución
Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Programado	Asistencia a capacitaciones requeridas para el desarrollo de las diferentes actividades en el servicio	Certificacion comprobada de cada capacitacion
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	Programado	Durante el turno se dara cumplimiento a los procedimientos actividades estipuladas por la subred	Cumplir al 100% con cada una de las actividades correspondientes al personal
Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Programado	Se implementa las actividades de desarrollo del sistema integrado de gestion y todo lo relacionado con la cultura del autocontrol	Revision de historias clinicas en compañia de medicos y el personal de enfermeria dejando el soporte en el autocontrol.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la Subred	Programado	Revision adecuada de la historia clinica para la verificacion de cada una de las activiades realizadas para el tratamiento del paciente	Diligenciamento adecuado del libro de novedades y de procedimientos cn la evidencia de las actividades realizadas
Realizar supervicion de los contratos para los que sea designado	Programado	Revision adecuada del cumplimiento de actividades por parte del lider en pro para el beneficion de la institución	Supervicion del líder para la verificacion del cumplimiento adecuado del contrato
Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Programado	Se presenta informe de cumplimientos de actividades, copia de recibo de pago de salud y pension	Se presenta informe de cumplimientos de actividades, copia de recibo de pago de salud y pension
Realizar las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Programado	Durante cada turno realizado se cumple con cada objeto establecido en el contrato	Chequeo que permita verificar el cumplimiento de cada actividad estipulada en el contrato mediante la entrega de turno
TOTAL DE EJECUCIÓN:			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.280.046 tres millones doscientos ochenta mil cuarenta y seis pesos m/cte

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA STHEFANIE JOHANA VEGA PRIETO 1018465891 Bogotá

Fecha _____/_____/_____

Firma de recibido supervisor _____

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

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	1018465891	STHEFANIE JOHANA VEGA BRIETO	Cra 59 - 5 b 81	3005548295	sthefanie_0410@hotmail.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						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-03	2019-03	I	18/03/2019	33697894	$361.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	146.000	0		0		0	0	0	0	146.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	186.900	0	0	0	0	0	0		186.900	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	28.500				28.500	0	0	28.500			285	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	146.000	146.000
Pensión	1	186.900	186.900
Riesgos Laborales	1	28.500	28.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	361.400	361.400

PAGADA 33697894

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

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	1018465891	STHEFANIE JOHANA VEGA PRIETO	Cra 59 - 5 b 81	3005548295	sthefanie_0410@hotmail.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						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
33697894	18/03/2019				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-03	2019-03	N	08/04/2019	34168699	$42.600	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	17.200	0		0		0	0	0	0	17.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	22.000	0	0	0	0	0	0		22.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.400				3.400	0	0	3.400			34	3.400	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	17.200	17.200
Pensión	1	22.000	22.000
Riesgos Laborales	1	3.400	3.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	42.600	42.600

34168699

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