| 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: | EDNA JULIETHE VARGAS BEJARANO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 38.361.582 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ejvargasb@subredsuroccidente.gov.co | | | | CELULAR: | 3148046521 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | GESTION CLINICA AMBULATORIA FO04 (PAPS CENTRO DIA) | | | | 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 | 488404611029 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1092 - 2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 11 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | | |
| 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. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 12 | 2019 | | 31 | 12 | 2019 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.501.020 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

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: | $16.511.220 |
| VALOR EJECUTADO | $16.511.220 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.501.020 |
| 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 $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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1025009698 | $828.116 | $103.600 | $132.500 | 3 | $20.200 | **$256.300** |

Dado en Bogotá a **DICIEMBRE 2019** .Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**CLAUDIA PATRICIA ROSERO**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Edna Julieth Vargas Bejarano

**EDNA JULIETHE VARGAS BEJARANO**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>**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 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| **Ubicación del Servicio:** | **PAPS CENTRO DIA** | | **Sede: FONTIBON** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | **1092 - 2019** | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 12 | 2.019 | | 31 | 12 | 2.019 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | EDNA JULIETHE VARGAS BEJARANO | | **C. C.** | 38.361.582 | | | **DE** | IBAGUÉ | |

**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 |
|---|---|---|---|
| Realizar al 100 % los seguimientos de los diferentes programas y entregar el informe el 1 dia hábil de cada mes. | si | Realice al 100 % los seguimientos de los diferentes programas y entregar el informe el 1 dia hábil de cada mes. Realice actividad de observación de la higiene de manos por cada consultorio ( acuamanos ). | Se realizaron 20 seguimientos al programa de crecimiento y desarrollo y planificacón familiar, se realizaron 120 seguimientos a pacientes georeferenciados, se realizaron 70 seguimientos por aplicativo Pai en cohorte de niños atrasados en esquema de vacunación, se realizaron 250 seguimientos en el programa de citologia, se realiza observación de lavado de manos " acuamanos" por cada consultorio ( 25 ), se entregaron 200 preservativos. |
| Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural | si | Asisti a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural | Asistí a ULG en dia 04 de Diciembre del presente año, aisistí a ULC el dia 16 de Diciembre del presente año, asistí al comite PAI el día 12 de Diciembre del presente año, asistí a conversatorio el dia 13 de Diciembre del presente año, asistí a UAT el |
| Garantizar el Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios ( Externos e Internos). Empoderamiento de implementación del proceso de acreditacion. | si | Garantizo el Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios ( Externos e Internos) . Empoderamiento de implementación del proceso de acreditacion. | Garantizo el buen trato hacia los usuarios garantizandoles una buena informacion y apoyo a los servicios prestados. Me adheri a los estandares de acreditacion como lavado de manos, desinfecciones relacionadas al área de trabajo. |
| Seguimiento a protocolo de limpieza y desinfeccion propios de la prestacion del servicio en las PAPS | si | Respondo por el buen estado y mantenimiento de los elementos asignados de trabajo, haciendo debida desinfeccion de los implementos del consultorio. | Se responde por esterilizacion de instrumentos de inserccion y retiro de diu, limpieza diaria de dispensadores y de equipos biomedicos y desinfeccion terminal semanal por cada consultorio dejandolo constantado en la lista de chequeo. |
| Vacunar adecuadamente según normas del hospital de fontibón niños menores de 5 años, adulto mayor de 60 años, mujeres en edad fertil y gestantes. | si | Vacune adecuadamente según normas del hospital de fontibón niños menores de 5 años, adulto mayor de 60 años, mujeres en edad fertil y gestantes. | Vacuné Polio Inyectable: 7, Polio Oral: 30, Pentavalente: 15, Dpt: 22, Hepatitis b: 1, Rotavirus: 5, Neumococo Decavalente: 16 , Triple Viral: 21, Fiebre Amarilla: 9, Hepatitis A: 11, varicela: 14, Td: 16, Dpt Acelular: 9, Influenza Niños: 41, Influenza Adultos: 61, Vph: 4, Neumococo 23: 7. |
| Uso adecuado del uniforme y carné según lineamiento institucional. | si | Uso adecuado del uniforme y carné según lineamiento institucional. | Porto adecuadamente el uniforme y uso adecuado del carnet institucional. |
| Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad , oportunidad o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista. | no | Asumo el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad , oportunidad o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista. | Asumo el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad , oportunidad o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista. |

OBSERVACIONES

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,501,020 UN MILLON QUINIENTOS UN MIL VEINTE PESOS**

Edna Julieth Vargas Bejarano

EDNA JULIETHE VARGAS BEJARANO CC 38.361.582

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-12-04, 09:44:35 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1025009698

**Periodo Cotización:** noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** noviembre de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8899545540

**PAGADO 04/12/2019**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | EDNA JULIETH VARGAS BEJARANO | | |
| **Documento** | CC38361582 | **Dirección** | CL 17A #100 - 39 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4860033 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 38361582 | EDNA JULIETHE VARGAS BEJARANO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 828,116 | $ 132,500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 828,116 | $ 103,600 | 2,436 | $ 828,116 | $ 20,200 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 828,116 | $ 16,600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 272,900 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 828,116 | $ 828,116 | $ 828,116 | $ 828,116 | $ 132,500 | $ 103,600 | $ 20,200 | $ 16,600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 272,900 | $ 0 | $ 272,900 |



Lineas 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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.