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:	CAROLINA BONILLA VARGAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.783.361							
CORREO ELECTRONICO:	escorpion.solar@hotmail.com				CELULAR:	312-4734436							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (CENTRO DIA) FO04				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	OO7380613005								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**6189-2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**4**			
NÚMERO DE CDP	1284	FECHA	20/09/2019	**NÚMERO DE CRP**	46659	**FECHA**	30/09/2019			
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.									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2019		31	10	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.501.020									
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:	$6.004.080
VALOR EJECUTADO	$6.004.080
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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1023558919	$828116	$103.600	$132.500	3	$20.200	**$256.300**

Dado en Bogotá del mes de **OCTUBRE** del año Dos Mil Diescinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CAROLINA BONILLA VARGAS
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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	(PAPS CENTRO DIA)		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	6189-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	OCTUBRE	2.019		31	OCTUBRE	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAROLINA BONILLA VARGAS		C. C.	52.783.361			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, DIRECCIONAMIENTO A TODAS LAS GESTANTES A LA RUTA DE LA GESTANTES DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTETRICO . 2. ASISTENCIA A ESTANDAR . 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. .SE HACE REFUERZO ASIITENCIAL A 15 PTE QUE INGRESAN AL PROGRAMA DE CPN . 2. CONVERSATORIO 11/10/2019 - 25/10/2019 COVE 16/10/2019, ULC 09/10/2019. PADRINOS 10/10/2019 ,TALLER CRONICOS 31/10/2019 3. ATENDI A LOS PACIENTES HUMANIZADAMENTE 4,SEGUIMIENTOS A BASE DE CRONICOS DE LA PAPS CENTRO DIA 70 5 SEGUIMIENTOS BASE DE DATOS A GESTANTES 56
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 SEGÚN 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.	6. SOLICITUD DE PEDIDO DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS Y PAPELERIA DEL ENERO 7 . SEGUIMIENTOS A GESTANTES PRESENCIALES 20 TELEFONICAMENTE 45 8. SE CERRARON 6 CASOS DE GESTANTES QUE YA PRESENTARON PARTO .
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. 12. SE REALIZA SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASOS A BASE DE GESTANTES .	9 . SE INMFORMA A PTES LA IMPORTANCIA DE AUTO EXAMEN DE SENO 10. LLAMADAS DE SEGUIMIENTO A CRONICOS 60 11. LLAMADAS DE SEGUIMIENTO DE VIH 15 12. SE CERRARON CASOS DE GESTANTES QUE YA PRESENTARON PARTO 10 .
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 ALISTAMIENTO DE CONSULTORIO.	14. SI 15. SI 16. SI 17. SI	13. 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. 14. REALIZE DESINFECCION DE LOS CONSULTORIOS SEMANALMENTE SEGUN LOS PRTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION. 15. REALICE INVENTARIO DE CONSULTORIOS CON ENTREGA Y RECIBIDO DE EQUIPOS DIARIAMENTE Y REGISTRE EN PLANILLA DE ALISTAMIENTO DE CONSULTORIOS.	13. SE HACEN ESTERILIAZACION DE PINZAS DE ENFERMERIA 14. LOS SABADOS SE REALIZA LA DESINFECION TERMINAL DE TODOS LOS CONSULTORIOS. 15 A VERIFICACION DE TODOS LOS EQUIPOS MEDICOS DIARIAMENTE Y REGISTRO EN LA LISTA DE CHEQUEO
18. USO ADECUADO DEL UNIFORME Y CARNE SEGÚN LINEAMIENTO INSTITUCIONAL. 19. ASUMIR EL 100% DE LA GLOSA GENERADA POR LA FIRMA INTERVENTORA AL DETERMINAR LAS INCONSISTENCIAS EN SOPORTES Y O ACCIONES DE CALIDAD,OPORTUNIDAD O DE OTRA INDOLE EN QUE TENGA RESPONSABILIDAD EL CONTRATISTA.	18. SI 19. SI	16 USO ADECUADAMENTE MI UNIFORME Y CARNE INSTITUCIONAL	USO ADECUADAMENTE MI UNIFORME Y CARNE INSTITUCIONAL

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.501.020 UN MILLON QUINIENTOS UN MIL VEINTE PESOS M /CTE

Carolina Bonilla.

CAROLINA BONILLA VARGAS CC 52783361

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-10-02, 12:33:57 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1023558919

Periodo Cotización: septiembre de 2019 **Periodo Servicio:** septiembre de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8801434040

PAGADO 02/10/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAROLINA BONILLA VARGAS		
Documento	CC52783361	**Dirección**	CALLE 17 BIS 119 09
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2673558
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	INC	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 52783361	CAROLINA BONILLA VARGAS	59	00																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 828,116	$ 132,500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828,116	$ 103,600	2.436	$ 828,116	$ 20,200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256,300

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	$ 0	$ 132,500	$ 103,600	$ 20,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256,300	$ 0	$ 256,300

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!

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