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			7				
NÚMERO DE CDP	1250	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP	33378	FECHA	31/07/2018				
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	8	2018		31	8	2018			
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:	$9.912.126
VALOR EJECUTADO	$9.912.126
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
8328996071	$781.242	$97.655	$124.999	$3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá en el mes de AGOSTO del año 2018. 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	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PROCEDIMIENTOS CAPS ZONA FRANCA			Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	1651-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2.018		31	8	2.018
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 Aux 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 1 dia Habil de cada Mes el Informe	SI	NO	No Aplica
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural	NO	NO	
Empoderamiento e Implementacion del proceso de Acreditacion	SI	Me adherí a estándares de acreditación como lavado de manos, desinfección relacionada al are, atención adecuada al usuario	Se realiza lavado de manos entre paciente y paciente al realizar procedimientos
Garantizar el Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos)	SI	Obre con lealtad y buena fe, brindando un trato digno humanizado y una atencion adecuada a los pacientes	Se brindo un trato digno humanizado a los pacientes
Llevar Kardex de insumos medico quirurgicos, registrar la entrega de medicamentos, adherencia al manual de buenas practicas de almacenamiento.	SI	Solicite insumos medicos quirurguicos según la necesidad del mes. Recibi insumos los semoforize los organize en su respectivo lugar e ingrese en el kardex con sus lotes y fechas de vencimiento organize y entregue micronutrientes según la necesidad de los pacientes	Se realiza pedido de insumos , se realiza el adecuado almacenamiento de los mismos
Seguimiento a bases de datos casos priorizados de Cancer de mama y cancer de prostata.	SI	le doy informacion a las usuaria sobre la importacia del autoexamen de seno y de realizarse la mamografia despues de los 50 años	Se da informacion a usuarias de la inportancia del autoexamen de seno y mamografia a los 50 años.
Realizar demanda inducida a los diferentes programas.	SI	Realizo procedimientos lavados de oido , ekg, cambios de sondas , retiro de puntos , curaciones	Se realizo Procedimientos asignados , cambios de sonda 2 , retiro de puntos 7, curacion 5 .
Revision de datos de base de gestantes y base de cronicos.	SI	Realizar demanda inducida a los diferentes programas.	Se da información a los usuarios de los programas que cuenta la institución , planificacion, vacunacion, programa cronicos , curso de maternidad y paternidad.
Atender el servicio de vacunación asignado y diligenciar completamente los formatos de seguimiento del programa, informar a los usuarios el esquema de vacunación y las posibles reacciones post-vacunales que se puedan presentar.	NO		
Seguimiento a los protocolos de limpieza y desinfeccion propios de la prestacion de servicios en las UPAS	SI	Realice desinfeccion de consultorios semanalmente según los protocolos de limpieza y desinfeccion	Se realiza cada 8 dias desinfeccion de consultorios , y alistamiento diario para la consulta del dia.
Asistencia clinica al profesional que lo requiera(gastroenterologia, colposcopias, etc)	SI	Se asiste al ginecologo a colposcopias	Se asiste al ginecolo a realizar las colposcopias .
Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla de alistamiento de consultorio.	SI	Realice inventario de consultorio con entrega y recibido de equipos diariamente y registre en planilla de alistamiento de consultorios	Planilla de consultorios diligenciada adecuadamente .

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.416.018 Un millón cuatrocientos dieciséis mil dieciocho pesos

Luz Dary Quintero

LUZ DARY QUINTERO- CC. 52161420 52161420

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA 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.

Señor(a): LUZ DARY QUINTERO
No. Identificación: CC 52161420
Dirección: CLL35A 73B-08
Teléfono: 4501746 **Fax:** 7594744
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328996071

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	8328996071
Fecha de Pago	8/15/2018
Número de Autorización de Pago	6268130
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Agosto 2018
Periodo Cotización Pensión	Agosto 2018
Periodo Cotización Caja	Agosto 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$259.500
Total interes Mora	$2.000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.300	1
230301	Porvenir	$125.900	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$15.900	1
EPS008	Compensar EPS	$98.400	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