Secretaría Distrital 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:	ANGIE PAOLA SILVA MARINEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1033775040						
CORREO ELECTRONICO:	angie.silva49@yahoo.es				CELULAR:	3142267985						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA											
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	%
	FO08A38	100,0%										
ENTIDAD FINANCIERA:	banco caja social				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24070136036											No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1077-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6			
NÚMERO DE CDP	861	FECHA	27/06/2019	NÚMERO DE CRP	28605	FECHA	30/06/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO 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	7	2019		31	7	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.762.658									
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:	$18.536.544
VALOR EJECUTADO	$18.194.925
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.762.658
VALOR A LIBERAR	$341.619
SALDO POR EJECUTAR	$0
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 **$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
8493508470	$1.106.000,00	$138.250	$176.960	$3	$26.942	**$342.152**

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGIE SILVA MARTINEZ.
ANGIE PAOLA SILVA MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**CAPS ZONA FRANCA**		**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	1077-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	2.019		31	7	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE PAOLA SILVA MARTINEZ		**C. C.**	1.033.775.040		**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 ENFERMERA 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. Cumplir con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion de pacientes. 2. Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural. 3. Empoderamiento e Implementacion del proceso de Acreditacion 4. Garantizar el Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos). 5. Cumplir con los tiempos establecidos para la entrega de los informes. 6. Adherencia a los programas P y D institucionales y rutas priorizando gestantes y cronicos.	1. SI 2. SI 3. SI 4. SI 5. SI 6. SI	1. Se atendió todo lo programado, se repuso a diario las inasistencias. Se realizo examen fisico a cada paciente atendido. 2. Asisti reunion de ULG programada. 3. Asisti a las actividades programadas. 4. Presté mis servicios con trato humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos) 5. Se cumplio con los tiempos establecidos para la entrega de los informes. 6. Me adherí a los programas P y D institucionales y rutas priorizando gestantes y cronicos.	1.Se atendio la consulta programa,reponiendo las ausencias 2.Asisti a la reunciones programadas 3.Preste cada servicio con humanizacion. 4.Entrege informe la fecha establecida. 5.Me adheri a las rutas de la institucion
7. Planear, controlar y evaluar el desarrollo de los programas, los proyectos y las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en los diferentes servicios del Hospital Fontibón E.S.E. 8. Gestionar de forma intra e Inter. Institucional la formulación de estrategias efectivas que faciliten el acceso a los servicios de salud de la población de la localidad. 9. Analizar y rendir los informes institucionales que sean solicitados, además de los que normalmente deben presentarse a las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y el Fondo Financiero Distrital y resultados de gestión de su trabajo	7. SI 8. SI 9. SI	7. Se desarrollo programas de P y D 8. Se realizaron los registros necesarios según el sistema. 9. Se mantuvo informada a la referente de enfermeria de las novedades del servicio.	7.Desarolle los programas de P Y D en la consulta 8.Reguistro en historia clinica en dinamica 9.Entrega de Informe
10. Realizar demanda inducida a los diferentes programas de P Y D, logrando los indicadores de gestion optimos. 11. Contribuir en la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud del Hospital, estableciendo su diagnóstico y pronóstico en la comunidad y así definir las acciones preventivas y correctivas pertinentes. 12. Establecer la realización de actividades educativas a los diversos grupos operativos de la Entidad que propendan por el mejoramiento continuo de los procesos desarrollados al interior de la Institución. 13. Utilización racional de los recursos disponibles.	10. SI 11. SI 12. SI 13. SI	10. Realice demanda inducida a los diferentes programas de P Y D. 11. Se cumplieron y se hizo cumplir los aspectos éticos legales que rigen la profesión.	10.Realize demanda inducida en cada consulta realizada. 11.Cumpli los aspectos eticos de mi profesion enfermera.
14. Analizar críticamente la información de diversa índole generada por los informes de gestión reportados por las dependencias del CAMIS, UPAS, UBAS, Equipo PIC y Equipos APS. 15. Supervición de las auxiliares de enfermeria de programas y vacunación del centro de atención. 16. Presentar informe mensual de gestión oportunamente el primer día habil de cada mes, proponiendo iniciativas para el cumplimiento de la meta. 17. Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo 18. Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continúo de entidad.	14. SI 15. SI 16. SI 17. SI 18. SI	15. Se supervisaron las auxiliares a cargo 16. Presente informe mensual de gestión oportunamente el primer día habil de cada mes. 17. Realizo el uso correcto de los equipos que tengo a mi cargo y diligencio diariamente en la carpeta de aislamiento de consultorios . 18. Se participo activamente en las actividaes de acreditacion	15. Su supervisaron las auxiliares 16. Presente mi informe de gestion oportumante. 17. Realice uso correcto de los euipos a cargo. 18. Participe actyivamente actividades de acreditacion.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR **$2.762.658**

ANGIE SILVA MARTINEZ.

ANGIE PAOLA SILVA MARTINEZ CC:1033775040

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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

LILIANA CASTELLANO MOSOS

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033775040		SILVA MARTINEZ ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 29n41-73b	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5554447	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-06	2019-06	27098204	8493508470	I	2019/07/10	2019/07/16	BANCO DE OCCIDENTE	6	$344,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,106,000	$177,000			$1,106,000	$138,300			$0	$0			$1,106,000	$27,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,106,000	$177,000			$1,106,000	$138,300			$0	$0			$1,106,000	$27,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,106,000	$177,000			$1,106,000	$138,300			$0	$0			$1,106,000	$27,000		$0	$0
1	CC	1033775040 SILVA ANGIE	25-14	30	$1,106,000	$177,000	EPS005	30	$1,106,000	$138,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,106,000	$27,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,106,000	$177,000			$1,106,000	$138,300			$0	$0			$1,106,000	$27,000		$0	$0

2019/07/16 09:58 AM

en linea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033775040		SILVA MARTINEZ ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 29n41-73b	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5554447	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-06	2019-06	27098204	8493508470	I	2019/07/10	2019/07/16	BANCO DE OCCIDENTE	6	$344,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$177,000	$800	$0	$177,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$177,000	$800	$0	$177,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,000	$200	$0	$27,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$27,000	$200	$0	$27,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$138,300	$700	$0	$139,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$138,300	$700	$0	$139,000
TOTAL				**1**	**$342,300**	**$1,700**	**$0**	**$344,000**

2019/07/16 09:58 AM