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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA ANDREA DIAZ GIRALDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52378156						
CORREO ELECTRONICO:	mdiaz@hospitalfontibon.gov.co				CELULAR:	3115057617						
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	%
	A38	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24050576490								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1075-2019			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%	$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:	$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 <u>mínimo</u> 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
1025213367	$828,116.00	$103,515	$132,499	3	$20,173	**$256,186**

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Andrea Diaz Giraldo.
MARIA ANDREA DIAZ GIRALDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital 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:	**CAPS ZONA FRANCA**		**Sede: FONTIBON**					
No. DE CONTRATO: 1075-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
		1	12	2.019		31	12	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**MARIA ANDREA DIAZ GIRALDO**	**C. C.**	52.378.156	**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. REALICE ENTREGA DE MICRONUTRIENTES, RESULTADOS DE CITOLOGIAS, PLANIFICACION FAMILIAR, ARREGLO DE MUESTRAS DE CITOLOGIAS, VACUNACION A LIBRE DEMANDA. DIRECCIONAMIENTO A TODAS LAS GESTANTES A LA RUTA DE LA GESTANTES DE ALTO Y BAJO RIESGO OBSTETRICO . 2. ASISTENCIA AL COMITÉ PAI LOCAL 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	ENTREGA RESULTADOS DE CITOLOGIAS 41 ARREGLO DE MUESTRAS DE CITOLOGIA 35 CONVERSATORIO : 13-12-2019
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 MEDICOQUIRURGICOS SEGUN 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 LOS 20 DE CADA MES. 7 . SEGUIMIENTOS A GESTANTES PRESENCIALES 118 TELEFONICAMENTE 67
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.	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	11. LLAMADAS DE SEGUIMIENTO A CITOLOGIAS Y CONTROL DE CYD 12. SE CERRARON 24 CASOS DE GESTANTES QUE YA PRESENTARON PARTO .
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	14. SI 15. SI 16. SI 17. SI	14. 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. 15. REALIZE DESINFECCION DE LOS CONSULTORIOS SEMANALMENTE SEGUN LOS PRTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION. 17. REALICE INVENTARIO DE CONSULTORIOS CON ENTREGA Y RECIBIDO DE EQUIPOS DIARIAMENTE Y REGISTRE EN PLANILLA DE ALISTAMIENTO DE CONSULTORIOS.	14. SE APLICARON LAS SIGUIENTES VACUNAS : POLIO ORAL 2 ..POLIO INT 3 PENTAVALENTE 3 DPT 2 ROTAVIRUS 1NEUMO DECA 2 TRIPLE VIRAL 2 HEPATITIS A 2 VARICELA 2 TETANO 2 DPTA 2 VPH 2 LLAMADAS DE SEGUIMIENTO DE VACUNACION 15. LOS SABADOS SE REALIZA LA DESINFECION TERMINAL DE TODOS LOS CONSULTORIOS. 17. A VERIFICACION DE TODOS LOS EQUIPOS MEDICOS DIARIAMENTE Y REGISTRO EN LA LISTA DE CHEQUEO
18. USO ADECUADO DEL UNIFORME Y CARNE SEGUN LINEAMIENTO INSTITUCIONAL. 19. ASUMIR EL 100% DE LA GLOSA GENERADA POR LA FIRMA INTERVENTORA AL DETERMINAR LAS INCONSISTENCIAS EN SOPORTES Y O ACCIONES DE	18. SI 19. SI	18. USO ADECUADAMENTE MI UNIFORME Y CARNE INSTITUCIONAL	USO ADECUADA MENTE EL UNIFORME Y EL CARMET INSTITUCIONAL

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON QUINIENTOS UN MIL VEINTE PESOS (1.501,020)

Andrea Diaz Giraldo

MARIA ANDREA DIAZ GIRALDO CC 52378156

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.

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios

Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-12-06, 11:14:53 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1025213367 **Referencia pago(PIN)** 8814703930

Periodo Cotización 201911 **Periodo Servicio** 201911

Cliente:

PAGADA 2019-12-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ANDREA DIAZ GIRALDO				
Documento	CC 52378156	**Dirección**	CR 78M 58-18 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7802919		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52378156		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					DIAZ GIRALDO MARIA ANDREA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																	Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				25-14		16 %	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	14-11	3	2.436 %	$ 828.116	$ 20.200	CCF22	2 %	$ 828.116	$ 16.600	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 20.200	$ 16.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.900

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!