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:	MAYRA ALEJANDRA MORENO PARRA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.014.187.927							
CORREO ELECTRONICO:	mayralejandra01@hotmail.com				CELULAR:	312-4618144							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS 48 SAN PABLO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA FO05 (USS SAN PABLO 48)FO05N04				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO05N04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	425852113								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3992-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3	
NÚMERO DE CDP	29	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP	16018	FECHA	31/01/2020	
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	4	2020		30	4	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%			$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:	$4.518.554
VALOR EJECUTADO	$4.518.554
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.558.122
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 **$2.194,507**, 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
41504926	$877,803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los (30) días, en el mes de Abril 2020. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Mayra Alejandra Moreno Parra.
MAYRA ALEJANDRA MORENO PARRA
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:	USS 48 SAN PABLO		**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	3992-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.020		30	4	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAYRA ALEJANDRA MORENO PARRA		**C. C.**	1.014.187.927		**DE**	Bogotá		

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 [illegible] PTE QUE INGRESAN AL PROGARMA DE CPN . 2, NO SE PROGRAMAN REUNIONES EN ESTE MES 3. ATENDI A LOS PACIENTES HUMANIZADAMENTE 4,AGENDAMIENTO A PACIENTE CRONICO DIA 21/04/2020, 18 PACIENTES 5. SEGUIMIENTOS BASE DE DATOS A GESTANTES 13
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 MES DE FEBRERO 7 . SEGUIMIENTOS A GESTANTES PRESENCIALES 3 TELEFONICAMENTE 13 8, SE CERRARON 8 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 11. LLAMADAS DE SEGUIMIENTO DE VIH 5 12, SE CERRARON 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)	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): $ 1.558.122 UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS M/CTE

Mayra Alejandra Moreno.

MAYRA ALEJANDRA MORENO PARRA CC 1014187927

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.

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	MAYRA ALEJANDRA MORENO PARRA	**NIT:**	1014187927
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	marzo 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	marzo 2020
Número de Radicación:	41504926	**Total a pagar:**	$289,300
Fecha de vencimiento:	07/04/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	02/04/2020	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	590510981
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$21,400
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$140,500
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$17,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$109,800
						$289,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	1014187927-	MAYRA ALEJANDRA MORENO PARRA	✓			2020	3	2020	415049?		PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 137 # 91 97 T 4 PATO 1303	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	2857850		MAYRALEJANDRA01@HOTMAIL.CO	7490	877.803	1	2020/04/02	590510981

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	109.800	0		0		0	109.800	0	0	0	109.800	0		0	0	109.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	140.500	0	0	0	0	0	0	140.500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF24	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	21.400		0	0	21.400
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	21.400		0	214	21.400

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	140.500	140.500
SALUD	109.800	109.800
RIESGOS LABORALES	21.400	21.400
CCF	17.600	17.600
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	289.300	289.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	MOTIVO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1014187927	MORENO PARRA MAYRA ALEJANDRA	EPS008	25-14	CCF24																			877.803	877.803	877.803	877.803	0			140.500	0	0	109.800	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información