DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06/ 2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MAYRA ALEJANDRA MORENO PARRA

C.C 1014187927 DE BOGOTA

La suma de 1.558.122 Un millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veintidós mil pesos moneda corriente, por concepto de: prestación de servicios de salud como auxiliar de enfermería con un total de 186 horas a $8.377 hora durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3992-2020

Nombre de contratista

Mayra Alejandra Moreno Parra

C.C 1014187927 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS

Banco AV VILLAS

NUMERO 425852113

Firma: Mayra Moreno

Cc: 1014187927

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			5				
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	**NÚMERO DE CRP**	24701	**FECHA**	30/04/2020				
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	6	2020		30	6	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:	$9.192.920
VALOR EJECUTADO	$7.634.798
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.558.122
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.558.122
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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
43008976	$877,803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

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

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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	3/04/2017	
		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	6	2.020		30	6	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 ASISTENCIAL A 1 PTE QUE INGRESA AL PROGARMA DE CPN . 2, NO SE PROGRAMAN REUNIONES PRESENCIALES EN ESTE MES, SE ASITE A REUNIONES VIRTUALES COMO COVE, UAT AUXILIARES, MATERNOPERINATAL, CONVERSATORIO Y COMITE PAI. 3. ATENDI A LOS PACIENTES HUMANIZADAMENTE 4. AGENDAMIENTO A PACIENTE CRONICO DIA 24/06/2020, 25 PACIENTES Y A TALLER 30/06/2020 5. SEGUIMIENTOS BASE DE DATOS A
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 JUNIO 7 . SEGUIMIENTOS A GESTANTES PRESENCIALES 0 TELEFONICAMENTE 4 8, SE CERRARON **3 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	9. SI 10. SI 11. SI 12. SI 13. SI	9. SE DA INFORMACION A LAS USUARIAS SOBRE LA IMPORTANCIA DEL AUTOEXAMEN DE 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 0 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 Moreno

MAYRA ALEJANDRA MORENO PARRA CC 1014187927

CONTRATISTA: 1014187927

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014187927	MAYRA ALEJANDRA MORENO PARRA	CALLE 137 # 91 97 T 4 PATO 1303	2857850	MAYRALEJANDRA01@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	01/06/2020	43008976	$289.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014187927	MAYRA ALEJANDRA MORENO PARRA		CALLE 137 # 91 97 T 4 PATO 1303	2857850	MAYRALEJANDRA01@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	01/06/2020	43008975	$289.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
lo.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. Exterior	Excepción	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014187927	MORENO PARRA MAYRA ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	877,803	140,500	0	0	0	0	EPS008	877,803	103,809	14-23	877,803	3	21,400	CCF24	877,803	17,600	0	0	0	0	0

PAGADA

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