6036/5141 OK

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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	5-02-FO-000	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AMELIA ELIANA SUAREZ PEREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	20.829.503							
CORREO ELECTRONICO:	amesupe 2012894@hotmail.com				CELULAR:	3196582464							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UNIDAD SUR												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Gestion Documental				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de	%	Centro de	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de	%	
	R09A	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	1070072739									PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2944-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 3				
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	11156	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como auxiliar administrativos									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2018		31	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

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:	$3.750.000
VALOR EJECUTADO	$1.250.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.250.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 $ 1.844.293, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1011350914	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	$242.800

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Marzo del año Dos mil diecisiete (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Martín Rodriguez
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Amelia Suarez Perea
Amelia Eliana Suarez Perea
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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**ADMINISTRATIVO**						**Sede: Archivo Central**			
No. DE CONTRATO:	2944-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.018		31	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AMELIA ELIANA SUAREZ PEREA		**C. C.**		20.829.503		**DE**		

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 Administrativo** 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. Velar por la aplicaciòn de las normas y procedimientos archivisticos estandarizados por el Hospital.	**Programado**	Uso los formatos que se han establecido para la ejecución de las actividades	Formato único de inventario documental para Historias Clinicas Formato de informe de cumplimiento de actividades Formato de autocontrol
2. Orientar al personal en la organización de los archivos de gestión y transferencias documentales.	**Programado**	Se recibio transferencia de cajas x 200 de habitantes de calle	Se recibio transferencia de cajas x 200 de habitantes de calle Total de cajs 26
3. Atender las necesidades del usuario interno y externo que requiera los servicios que se prestan de gestión documental y archivo.	**Programado**	1. Se realizo busqueda de 141 Historias Clinicas para dar respuesta para auditoria de Capital Salud, Mutual S.A , judcial y Direccion Gestion de Riesgo en Salud	1. Se realizo busqueda de 141 Historias Clinicas para dar respuesta para auditoria de Capital Salud, Mutual S.A , judcial y Direccion Gestion de Riesgo en Salud
4.Elaborar, actualizar y consolidar los inventarios documentales.	**Programado**	1. Elaboracion de Inventario Archivo Central de Historias Clinicas Upa 29 cajas x 200 de la caja 220 a 232 2. Elboracion de Inventario de Historias Clicas de Upa Santa Rita cajas x 200 de la caja 1 a 12 3. Elaboracion de Historias Clinicas de la upa Catalina cajas x 200 de la 4 a 8	1. Total de cajas 12 upa 29 Kenny 2. Total de cajas 12 upa 37 Santa rita 3. Total de cajas 4 upa 105 Catalina
5. Realizar las labores de apoyo en procesos archivisticos tales como: planeación,selección, organización ,clasificación orientación,foliación, Descripción, almacenamiento de documentos y los demàs que se consideran necesarios.	**No Programado**	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
6. Asistir a las reuniònes y eventos que sean programados por el Hospital.	**No Programado**	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
7. Elaborar y presentar los informes que le sean asignados.	**No Programado**	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
8. Y las demàs que le sean asignadas.	**Programado**	1.Se realizo en dia busqueda y escaneo de 98 Ordenes de Pago de la empresa Help And Life Medical S.A	1.Se realizo en dia busqueda y escaneo de 98 Ordenes de Pago de la empresa Help And Life Medical S.A

OBSERVACIONES: Se realizó el 100% (5) actividades.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Un millon docientos cincuenta mil pesos ($1.250.000)

CONTRATISTA: AMELIA ELIANA SUAREZ PEREA CC. 20829503 Amelia Suarez Perea

Fecha :dd/mm/ Firma de recibido

Supervisor _____

Supervisor Gestion Documental Martin Alfonso Rodriguez 31-03-2018

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

AUTOCONTROL MENSUAL PERSONAL ADMINISTRATIVO

CÓDIGO:	PCDFO603
APROBACIÓN:	15/10/2013
ÚLTIMA REVISIÓN:	15/10/2013
VERSIÓN:	1
PÁGINA:	1 DE 1

	PRODUCTOS	SI	NO	OBSERVACIONES Y SOPORTES
	ESTANDARES ESTRATÉGICOS			
1	¿Conozco y he cumplido con las actividades del plan operativo de mi proceso o subproceso? Relacionarlas	X		si las he cumplido en el momento de que solicitan copia de h.c de los pacientes se da una respuesta oportuna.
2	¿Conozco y aplico los procedimientos de mi proceso o subproceso? Mencionar los pasos que se desarrollan	X		si los conozco los pasos son el paciente o asesor de interno hace solicitud , llega solicitud por correo , personalmente,telefonicamente se ghace verificacion y se da respuesta se tiene 5 dias para dar respuesta .
3	¿Se han revisado y actualizado estos procedimientos? Cuando y cuales	X		si se han revisado y se tiene en cuenta que para el 2020 se tenga una meta del 95%.
4	¿Cómo practico en mi día a día los principios y valores de la institución? Mencionar una práctica por cada valor y principio	X		**PRINCIPIOS** Respeto: Un buen trato con mi jefe, compañeros de trabajo y personas en general . Honestidad : Destinar tiempos y espacios acordes para cada actividad . **VALORES** Responsabilidad: Cumpliendo con mi horarios y obligaciones laborales con compromiso y dedicación. Trabajo en equipo: tener dispocision para apoyar y aportar en ejecucion de trabajos conjuntos.
5	¿ Conozco el programa de humanización institucional, he practicado el decalogo de humanización con el personal de la institución? Mencionar de que manera lo hace		X	No lo conozco
6	¿ Conozco el programa de seguridad del paciente? Especificar las caracteristicas basicas del evento adverso y como se reporta		X	No lo conozco.
	ESTANDARES TALENTO HUMANO			
7	¿He participado en actividades de capacitación en el mes? ¿En cuáles?¿Qué aplicación le ha dado en mi trabajo?		X	Ninguna
8	¿En cuáles actividades de bienestar he participado durante el mes?		X	Ninguna
9	¿He respondido encuestas y/o evaluaciones realizadas por la institución, durante el mes, en cuáles?		X	Ninguna
10	¿ En caso de un accidente laboral, conozco cómo se reporta? Explicar el procedimiento	X		Se informa a la entidad donde se esta afiliada a riesgos profesionales , se diligencia el reporte de accidente . posteriormente talento humano hace un seguimiento al accidente de trabajo.
11	¿ Han sido efectivos los medios de comunicación interna, cuáles he utilizado en el mes? (Tales como: correo institucional; protector de pantalla, carteleras, boletines, etc.)		X	Ninguna
12	¿Consulto y utilizo, de acuerdo a la resolucion 203 de 2011, el correo institucional como principal medio de comunicación institucional?		X	no tengo correo institucional de la subredsuroccidente
	ESTANDARES DE AMBIENTE FÍSICO			
13	¿Conozco la clasificacion para la segregacion de desechos? Cumplo con el manejo seguro de desechos, segregación en la fuente? Como lo evidencio	X		Uso canecas para reciclaje y desechos
14	¿Conozco y practico la técnica de lavado e higienización de manos?	X		Si lo hago a diario
15	Mantengo en orden y aseo mi puesto de trabajo?. Aplico las 5s tanto para los archivos en medio fisico como magnetico ?	X		Mantengo mi puesto de trabajo fisicamente y electronicamente limpio y ordenado
16	¿Cómo contribuyo con mi equipo de trabajo en el ahorro en servicios públicos e insumos?	X		Verificando que las bombillas no queden prendida después de realizar una búsqueda de información y apagando la pantalla de mi equipo de computo al momento del almuerzo y break y al terminar la jornada de trabajo verifico que las luces queden pagadas .
	ESTANDARES GERENCIA DE LA INFORMACIÓN			
17	¿Verifico siempre que los datos ingresados al sistema de información, que utilizo, estén actualizados y sean veraces?	X		Verifico dos veces antes de ingresar datos al sistema
18	¿Realizo con calidad los registros y/o bitacoras utilizadas en mis procedimientos?	X		A diario realizo seguimiento de mis actividades de manera fisica y sistematizada
19	¿Utilizo siempre los formatos establecidos por gestión documental para elaborar los registros?	X		Si lo hago a diario
20	¿Conozco mis metas e indicadores de gestión y los cumplo durante el mes? Evidenciarlo	X		si las conozco y se cumplen durante el mes.
21	¿Cumplo a cabalidad con mis funciones y/o actividades laborales durante el mes?	X		Si las cumplo e acuerdo a las instrucciones impartidas por mi jefe inmediata
22	¿Considero que con las actividades realizadas durante este mes, contribuyo al mejoramiento de la gestión institucional?	X		Si, dado que al levantar una base de datos de las archivos que se encuentran en el archivo central, sea mas agil la consulta y oportuna,
23		X		En las actividades que actualmente realizo cuento con el apoyo de mis dos compañeros.

NOMBRE : Amelia Eliana Suarez Perea
CARGO: Auxiliar Administrativo

FECHA: Marzo - 2018
FIRMA: Amelia Suarez Perea

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-03-07, 02:40:04 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1011350914

Periodo Cotización: marzo de 2018 **Periodo Servicio:** marzo de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8881562110

PAGADO 07/03/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AMELIA ELIANA SUAREZ PEREA		
Documento	CC20829503	**Dirección**	CLL 34 A No. 99 A - 45 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3196582464
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SUAREZ PEREA AMELIA ELIANA	**Identificación**	CC 20829503
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 20829503	AMELIA ELIANA SUAREZ PEREA	59	00																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 781,242	$ 125,000	(EPS044) MEDIMAS EPS	$ 781,242	$ 97,700	2.436	$ 781,242	$ 19,100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241,800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781,242	$ 781,242	$ 781,242	$ 0	$ 125,000	$ 97,700	$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241,800	$ 1,000	$ 242,800

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!