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:	LINA PAOLA RINCON AGUDELO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1014271306							
CORREO ELECTRONICO:	linarincon2909@gmail.com				CELULAR:	3213295949							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUR												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ENFERMERIA				SEDE:	USS ALQUERIA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
			SU52A37	100%									
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	458200132157										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1081-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		10 DE 10				
NÚMERO DE CDP	1495	FECHA	29/10/2019	NÚMERO DE CRP	47559	FECHA	31/10/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar apoyo como PROFESIONAL EN ENFERMERIA en el á rea o USS ALQUERIA - USS ASUNCION BOCHICA (PYD), 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	11	2019		30	11	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.762.658									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$27.626.580
VALOR EJECUTADO	$27.626.580
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.762.658
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 **$2.070.290** 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%	35	APORTE ARL	TOTAL APORTES
39076744	$ 1.105.063	$138.133	$176.810	3	$26.919	$341.862

Dado en Bogotá a los dias (30) del mes de noviembre el año Dos Mil Diez y Nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Lina Paola Rincon Agudelo
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	3
Fecha de aprobación	18/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Ubicación del Servicio:	SUBRED SUR OCCIDENTE- ASISTENCIAL					Sede: USS 63 ALQUERIA				
No. DE CONTRATO:	1081-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	11	2.019		30	11	2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA PAOLA RINCON AGUDELO		C. C.		1.014.271.306		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 consulta externa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ X NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar procedimientos de insercion y retiros de implantes, según las fechas de programacion dadas en el mes.	NO APLICA	NO SE REALIZA ESTOS PROCEDIMIENTOS	NO APLICA.
Coordinar el desarrollo y velar por el cumplimiento de las actividades de promocion y detecccion temprana propuestas en el sitio donde preste sus servicios.	PROGRAMADO	SEGUIMIENTO A DEMANDA INDUCIDA Y CUMPLIMIENTO DE RES. 412.	ENTREGA FORMATOS DE DEMANDA INDUCIDA, SEGUIMIENTOS.
Diligenciar todos los registro en forma clara y legible, teniendo en cuenta directrices del comita de historias clinicas.	PROGRAMADO	SEGUIMIENTO A DEMANDA INDUCIDA,AGENDAS E INFORME DE GESTION. FORMATO DE AUTOCONTROL.	FORMATO AUTOCONTROL MENSUAL
Presentar de acuerdo a los cortes definidos por la institucion los correspondientes informes de actividades,gestion y aquellos solicitados por el supervisor del contrato.	PROGRAMADO	ENTREGA DIARIA DE HISTORIAS CLINICAS,RIPS. ENTREGA MENSUAL DE INFORME DE GESTION.	HISTORIAS CLINICAS POR AGENDA,RIPS E INFORME DE GESTION.
Participar en las revisiones de historias clinicas y auditorias programadas por la institucion o entes externos que asi lo ameriten.Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato.	PROGRAMADO	NO SE PROGRAMARON ACTIVIDAES	NO APLICA.
Capacitar cuando se requiera a los diferentes funcionarios, familia o comunidad sobre temas de interes en salud.	PROGRAMADO	ACTIVIDADES EDUCATIVAS INMERSAS EN LA CONSULTA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICA
Cumplir con actividaes agendadas o programadas por la institucion.	NO PROGRAMADO	NO SE PROGRAMARON ACTIVIDAES	NO APLICA.
Participar en acciones de vigilancia epidemiologica y realizar las diferentes notificaciones en salud publica.	PROGRAMADO	NOTIFICACION DIARIA DE NIÑOS Y GESTANTES ATENDIDOS EN CONSULTA SISVAN-GESTA)	LISTADOS DE NOTIFICACION SEMANAL
Mantenerse capacitado y actualizado en temas de interes: normas,guais,protocolos y actualizacion en el manejo de guias,para el buen desarrollo de sus labores.	PROGRAMADO	REUNION RED METERNO PREINATAL	ACTA DE ASISTENCIA
Brindar un trato digno, con calidad y etica a los pacientes, suis familiares y demas compañeros de trabajo.	PROGRAMADO	ATENCION PRESTADA CON CALIDAD Y CALIDEZ DANDO CUMPLIMIENTO A NUESTRA POLITICA DE CALIDADA Y HUMANIZACION.	NO SE REPORTARON QUEJAS DE MI ATENCI
Reportar oportunamente las anomalias en el servicio al supervisor del contrato.	NO PROGRAMADO	NO SE HAN PRESENTADO	NO APLICA.
Cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacuion,desarrollo y mantenimiento del sistema obligatorio de garantia de la calidad institucional.	PROGRAMADO	SEGUIMIENTO O AUTOCONTROL MENSUAL	FORMATO DE AUTOCONTROL
Asistir a reuniones y/o actividades programadas por la institucion y contribuir a un buen desarrollo de las mismas.(incluye induccion y reinduccion)	PROGRAMADO	REUNION ULC MENSUAL Y UAT DE ENFERMERIA	ACTA DE ASISTENCIA
Portar el carnet institucional,cunado se termine la actividad contaactual este debe ser devuelto.	PROGRAMADO	UTILIZACION DE CARNET DIARIAMENTE.	UTILIZACION DE CARNET DIARIAMENTE
Garantizar la custodia y buen uso de los elementos y equipos utilizados en la institucion.	PROGRAMADO	SE REALIZA LA CUSTODIA DIARIA, RECIBIENDO Y ENTREGANDO DIARIAMENTE EL CONSULTORIO AL GUARDA DE TURNO	FIRMA PLANILLAS DE CUSTODIA DE CONSULTORIO.
Cumplir con todas la sindicaciones emitidas el en manual de bioseguridad de la intitucion,elementos de proteccion personal y segregacion en la fuente.	PROGRAMADO	REALIZACION DIARIA DE UNA ADECUADA ASEGREGACION EN LA FUENTE, LAVADO DE MANOS TENIENDO EN CUENTA LOS CINCO MOMENTOS Y UTILIZACION DIARIA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.	ITEMS EVALUADOS EN FORMATO DE AUTOCONTROL Y PLANILLA DE SEGUIMIENTO A TECNICA DE LAVADO DE MANOS
Presentar mensualmente el certificado de aportes a salud,pension y ARL según lo detreminado por ley.	PROGRAMADO	SE REALIZARON LOS PAGOS CORRESPONDIENTES	CERTIFICACION DE PAGO MENSUAL

OBSERVACIONES:Se anexan soportes de pago de SALUD,PENSION Y ARL.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,762,668 DOS MILLONES CETECIENTOS SECENTA Y DOS MIL SEIS CIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

CONTRATISTA Lina Rincón
CC. 1014271306

Fecha : Firma de recibido supervisor M.D. del Pilar Cuellott.

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

Scanned by CamScanner

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	1014271308	LINA PAOLA RINCON AGUDELO	CARRERA 105 F BIS No. 68 - 20	4356364	linarincon2909@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – 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	
2019-11	2019-11	I	02/12/2019	39076744	$342.100	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	138.200	0		0		0	0	0	0	138.200	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
23I001	Colfondos	800227940-6	176.900	0	0	0	0	0	0		176.900	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	27.000				27.000	0	0	27.000			270	27.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	138.200	138.200
Pensión	1	176.900	176.900
Riesgos Laborales	1	27.000	27.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	342.100	342.100

PAGADA
39076744

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

Scanned by CamScanner