[redacted]	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**	Versión	3
		Fecha de aprobación	15/2/2018
		Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	STHEFANIE JOHANA VEGA PRIETO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018465891							
CORREO ELECTRONICO:	sthefanie_0410@hotmail.com				CELULAR:	3005548295							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**BOSA**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Bosa							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	B035B03	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0 550009500722575								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**2581-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**5 DE 6**				
NÚMERO DE CDP	**574**	FECHA	**20/04/2020**	NÚMERO DE CRP	**23414**	FECHA	**30/04/2020**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería,dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional**										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	6	2020		30	6	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.029.940										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO								

OBSERVACIONES: Se realizan 186 horas por un valor hora de $16.290 para un total de $3.029.940

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.472.860
VALOR EJECUTADO	$14.661.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.029.940
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.811.860
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	79%

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 **$2.194.508**, 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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
42713917	$1.094.688	$ 136.900	$ 32.900	3	$ 26.700	**$ 196.500**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Sthefany Vega
STHEFANIE JOHANA VEGA PRIETO
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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**TRIAGE**							**Sede: USS BOSA**		
No. DE CONTRATO:	**2581-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.020		30	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**STHEFANIE JOHANA VEGA PRIETO**		**C. C.**		**1.018.465.891**		**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 Enfermero Profesional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Prestar servicios profesionales de enfermeria a los pacientes y usuarios, aplicando las normas establecidas por la institucion, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad, como principio rector en el servicio de TRIAGE	SI	Presta servicios profesionales de enfermeria a los pacientes y usuarios, aplicando las normas establecidas por la institucion, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad, como principio rector en el servicio de TRIAGE	SI
Recibir y entregar turno de 7:00 AM A 1:00 PM en TRIAGE según programacion de turno aplicando los procedimientos difundidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el hospital	SI	Recibe y entrega turno de 7:00 AM A 1:00 PM en TRIAGE según programacion de turno aplicando los procedimientos difundidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el hospital	SI
Coordinar en el area de TRIAGE actividades y tareas inherentes a la atencion de los pacientes, teniendo en cuenta la preparacion, tratamiento y las habilidades individuales del personal brindando un optimo cuidado	SI	Coordina en el area de TRIAGE actividades y tareas inherentes a la atencion de los pacientes, teniendo en cuenta la preparacion, tratamiento y las habilidades individuales del personal brindando un optimo cuidado	SI
Administrar los mnedicamentos que requiere el paciente en TRIAGE conforme a la formulacion medica	SI	Administra los mnedicamentos que requiere el paciente en TRIAGE conforme a la formulacion medica	SI
Realizar las actividades de salud brindando cuidado directo al paciente de TRIAGE utilizando las tecnicas antisepticas establecidas en los protocolos y procedimientos fijados por la institucion	SI	Realiza las actividades de salud brindando cuidado directo al paciente de TRIAGE utilizando las tecnicas antisepticas establecidas en los protocolos y procedimientos fijados por la institucion	SI
Cumplir con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biologico, ambiente y de la salud que se puedan producir por el inadecuado manejo de los residuos en el servicio de TRIAGE	SI	Cumple con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biologico, ambiente y de la salud que se puedan producir por el inadecuado manejo de los residuos en el servicio de TRIAGE	SI
Promover y aplicar las acciones de humanizacion y seguridad en los pacientes y servicio de TRIAGE	SI	Promueve y aplica las acciones de humanizacion y seguridad en los pacientes y servicio de TRIAGE	SI
Participar en la coordinacion y ejecucion de las labores de apoyo y diagnostico terapeutico de los diferentes servicios	SI	Participa en la coordinacion y ejecucion de las labores de apoyo y diagnostico terapeutico de los diferentes servicios	SI
Reportar accidentes de trabajo e informar actividades que vayan en contra de la salud del paciente	SI	Reporta accidentes de trabajo e informar actividades que vayan en contra de la salud del paciente	SI

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.029.940 (Tres millones veintinuevemil novescientos cuarenta pesos)

Sthefany Vega

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	1018465891	STHEFANIE JOHANA VEGA PRIETO	Cra 59 · 5 b 81	3005548295	sthefanie_0410@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	18/05/2020	42713917	$196.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	136.900	0		0		0	0	0	0	136.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	32.900	0	0	0	0	0	0		32.900	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	26.700				26.700	0	0	26.700			267	26.700	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	136.900	136.900
Pensión	1	32.900	32.900
Riesgos Laborales	1	26.700	26.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	196.500	196.500

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06 / 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

STHEFANIE JOHANA VEGA PRIETO

C.C 1018465891 DE BOGOTA D.C.

La suma de $3.029.940, por concepto de: Prestación de servicios como enfermera profesional de la unidad de Bosa durante el periodo de 1 al 30 de junio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2581-2020.

Sthefanie Vega.

STHEFANIE JOHANA VEGA PRIETO

C.C. 1018465891 DE BOGOTA D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550009500722575