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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA MILENA SOLIS BOYA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.012.325.650						
CORREO ELECTRONICO:	sandrasolis86-@hotmail.com				CELULAR:	3059444905						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS BOSA							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALAS DE CX				SEDE:	Bosa						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	BO35C10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488402424409								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1794-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 6			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP		22694	FECHA	30/04/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion 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 institucion.									
	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2020		30	6	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.593.180									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

OBSERVACIONES: Se realizaron 180 Horas por un valor Hora de 8.851 para un total de 1,593,180 pesos

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.037.034
VALOR EJECUTADO	$8.178.324
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.593.180
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.858.710
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8342971046	$877.803	$109.800	$26.400	3	$21.400	**$157.600**

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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Sandra Solis

SANDRA MILENA SOLIS BOYA
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:	SALAS DE CX		Sede:	BOSA					
No. DE CONTRATO:	1794-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.020		30	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA MILENA SOLIS BOYA		C. C.	1.012.325.650		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 AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Prestare los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en SALAS DE CX	SI	Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en SALAS DE CX	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO
Recibire y entregare turno a las 7 am a 1 pm según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital. En SALAS DE CX	SI	Recibí y entregue turno a las 7 am a 1 pm según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital. En SALAS DE CX	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO
Realizare toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente. En SALAS DE CX	SI	Realice toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente. En SALAS DE CX.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO
Preparare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos. En SALAS DE CX.	SI	Prepare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos. En SALAS DE CX.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO
Realizare el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo. En SALAS DE CX	SI	Realice el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo. En SALAS DE CX	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO
Verificare las dietas y acompañe al paciente a esta hora. En SALAS DE CX	SI	Verifique las dietas y acompañe al paciente a esta hora. En SALAS DE CX.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO
Observare y reportare signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente en SALAS DE CX.	SI	Observe y reporte signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente en SALAS DE CX.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO
Colaborare con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas en SALAS DE CX.	SI	Colabore con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas enSALAS DE CX.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO
Cumplíre con las órdenes médicas y eduque al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir. En SALAS DE CX	SI	Cumplí con las órdenes médicas y eduque al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir. En SALAS DE CX,	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO
Cumplírecon las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológicos del ambiente y de la sean puedan producir como consecuencia del manejo inadecuado de los residíos. Lleve correctamente las medidas de protección personal. En SALAS DE CX.	SI	Cumplí con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológicos del ambiente y de la sean puedan producir como consecuencia del manejo inadecuado de los residíos. Lleve correctamente las medidas de protección personal. En SALAS DE CX	POR LA SUPERVISION DEL JEFE INMEDIATO
Brindare apoyo emocional y recreación al paciente. En sala de cirugía general.	SI	Brinde apoyo emocional y recreación al paciente. En SALAS DE CX	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO
Brinde información, educación y seguridad al paciente y familia al egreso. En SALAS DE CX	SI	Brinde información, educación y seguridad al paciente y familia al egreso. En SALAS DE CX	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de JUNIO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras)	1,593,180 UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA PESOS

sandra solis

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL 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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SANDRA MILENA SOLIS BOYA
No. Identificación: CC1012325650
Dirección: CALLE 34 #14-00 ESTE
Telefono: 7263456
Correo: sandrasolis86-@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8342971046

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO.

Nombre Aportante	SANDRA MILENA SOLIS BOYA
Tipo y número de identificación	CC1012325650
Número de planilla	8342971046
Fecha pago	2020-06-09
Número de autorización pago	1000000255
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2020
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	157600
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
230301	Porvenir	26400	1
CCFC53	EPS-S Comfacundi	109800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1012325650
APELLIDOS Y NOMBRES: SANDRA MILENA SOLIS BOYA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
CCFC53	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	26400	0	21400	0

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:

SANDRA MILENA SOLIS BOYA

C.C 1.012.325.650 DE BOGOTA D.C

La suma de 1.593.180, por concepto de: Prestar servicios asistenciales como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la **USS BOSA II** durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1794-2020.

sandra solis

SANDRA MILENA SOLIS BOYA

C.C 1.012.325.650 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 488402424409