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:	PAOLA ALEXANDRA TRIVIÑO PALACIOS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	CC	C.E		NO.	52281174						
CORREO ELECTRONICO:	paito.1976@hotmail.com				CELULAR:	3227416461						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS CABAÑAS				SEDE:	PABLO VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA 27 N 04	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590436189								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5705-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	1597	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP	50209	FECHA	6/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA 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	11	2020		10	11	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	1.558.122 (8.377)									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	NO APLICA							
OBSERVACIONES: HORAS LABORAS EN EL MES DE NOVIEMBRE 68										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.232.488
VALOR EJECUTADO	$5.244.002
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$569.636
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$988.486
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	84%

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
9412259245	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

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

LUZ DARY CAMPOS MORENO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAOLA ALEXANDRA TRIVIÑO PALACIOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamS

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
		Fecha de aprobación	5/04/2017
		Código	04-02-FO-0065

Ubicación del Servicio:	PAPS CABAÑAS					**Sede: PABLO VI BOSA**					
No. DE CONTRATO:	5705	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2.020		10	11	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ALEXANDRA TRIVIÑO PALACIOS		**C. C.**		52.281.174	**DE**		BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria, 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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar las actividades de enfermeria asignadas por el profesional de enfermeria , de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicios	SI	Se realizo las actividades de enfermeria asignadas por el profesional de enfermeria , de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicios.	Informe mensual
2. Informar al profesional de enfermeria los cambios en la evolucion del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clinico del paciente.	SI	Se informo al profesional de enfermeria los cambios en la evolucion del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clinico del paciente.	Por medio de historia clinica
3. Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atencion.	SI	Se retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atencion.	Actas
4. Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprencion de las ordenes medicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	SI	Se asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprencion de las ordenes medicas y continuidad del tratamiento ambulatorio.	Prestacion del servicio
5. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional,gestion ambiental y calidad.	SI	Se aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional,gestion ambiental y calidad.	Uso de elementos de proteccion
6. Brindar orientacion a los pacientes y a sus familias con relacion a sus necesidades y expectativasde acuerdo con las politicas institucionales y normas vigentes.	SI	Se brindo orientacion a los pacientes y a sus familias con relacion a sus necesidades y expectativasde acuerdo con las politicas institucionales y normas vigentes.	Prestacion del servicio
7. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SI	Se registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	Seguimientos
8. Diligenciar documentos para la facturacion, estadistica, libros de registro en forma legible.	SI	Se diligencio documentos para la facturacion, estadistica, libros de registro en forma legible.	Libros de programas
9. Apoyar el cumplimineto de las normas del sistema obligatorio de garantia de calidad según requerimientos de la subred.	SI	Se apoyo el cumplimineto de las normas del sistema obligatorio de garantia de calidad según requerimientos de la subred.	Formatos de la sub red
10. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividadesy entregarlas al supervisor del contrato para certificacion del cumplimiento.	SI	Se elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividadesy entregarlas al supervisor del contrato para certificacion del cumplimiento.	Informe mensual, correo electronico
11. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona en caso del terminado el contrato.	SI	Se respondio por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona en caso del terminado el contrato.	Por medio de actas
12. Participar en la jornadas de capacitacion,induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	Se participo en la jornadas de capacitacion,induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Conversatorio-ULC
13. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Se notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	tickets, seguridad al usuario
14. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	SI	Se dio cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	Registro de consentimiento informado
15. Apoyar a la subred en las actividades que demanden según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	SI	Se apoyo a la subred en las actividades que demanden según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Registro de demanda inducida
16. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion de l servicio de acuerdo con el sistema de informacion de la subred.	SI	Se registro las actividades realizadas relacionadas con la prestacion de l servicio de acuerdo con el sistema de informacion de la subred.	Registro PAI
17.Entregar constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud y pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	Se entrego constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud y pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Certificado de aportes
18. Realizar las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objetivo del contrato.	SI	Se realizo las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objetivo del contrato.	Apoyo PAI

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 569.636) QUINIENTOS SESENTA Y NUEVEMIL SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/C

52281174.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA.

LUZ DARY CAMPOS MORENO supervisor:

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

Escaneado con CamS

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52281174		TRIVIÑO PALACIOS PAOLA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 78 A # 84 B - 54 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4671840	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-10	2020-10	92031819955O3665	9412259245	1	2020/11/19	2020/11/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAI	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$877,803**	**$140,500**			**$877,803**	**$109,800**			**$0**	**$0**			**$877,803**	**$21,400**		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		
1	CC	52281174	TRIVIÑO PAOLA	230301	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	
Total	**Afiliados(1)**					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		

Escaneado con CamS

Resumen General de Pago

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52281174		TRIVIÑO PALACIOS PAOLA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 78 A # 84 B - 54 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4671840	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	9203181995503665	9412259245	I	2020/11/19	2020/11/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$271,700**	**$0**	**$0**	**$271,700**

Escaneado con CamScanner

	PAZ Y SALVO- CONTRATISTAS	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	01/07/2020	
		Código	04-02-FO-0010	

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA :	Paola Alexandra Triviño Palacios
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN :	52291174
ÁREA Y/O DEPENDECIA:	Consulta Externa.
FECHA DE DESVINCULACIÓN:	10 11 2020

SUPERVISOR	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (ACTIVOS FIJOS)	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	SISTEMA DE INFORMACIÓN / TIC	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DIRECCIÓN FINANCIERA TESORERÍA
Quien garantiza la ejecución total y con calidad del contrato de prestación de servicios. (Verificar entrega de archivos físicos y magnéticos por Gestión Documental)	Quien garantiza la entrega del inventario de elementos devolutivos que están a cargo del contratista.	10-11-20 Quien garantiza la entrega de elementos de identificación institucional.	Quien garantiza la cancelación del correo Institucional, claves de acceso que le hayan sido asignadas.	Quien garantiza la entrega de dosímetros. En los casos que se requiera.	Quien garantiza el pago de los honorarios de acuerdo a las cuentas de cobro y certificaciones expedidas por el supervisor.
ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA y FECHA
FECHA: 9-NOV-2020	FECHA: 11-11-2020	FECHA: 11/11/2020	FECHA: 11 NOV 2020	FECHA: 11/11/2020	FECHA: NOV. 11-2020
NOMBRE: Luz Dary Campos	NOMBRE: Daniel A. Avendaño	NOMBRE: Shirley Cruz	NOMBRE: Ma. Elsy Hernandez	NOMBRE: Amaury Barrera	NOMBRE: Luz yaneth Gomez
CARGO: Jefe Asistencial	CARGO: Aux Adm.	CARGO: Profesional II	CARGO: Prof. Especializado	CARGO: Prof. Univ. II	CARGO: Tesorera
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:

Va 1 ante 3 Asdingo. 2, como sea. Sindicatura ultima

Escaneado con CamS