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:	CLAUDIA PATRICIA BEDOYA MURCIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53.008.948							
CORREO ELECTRONICO:	klabe9393@gmail.com				CELULAR:	3005791555							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS 49 INTERNACIONAL												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (USS 49 INTERNACIONAL) FO06				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	N04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	.0550455400018574								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4547-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5				
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	32079	FECHA	31/07/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión 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 Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	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:	$7.790.610
VALOR EJECUTADO	$7.790.610
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.558.122
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1031476764	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a Agosto 2020 .Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Claudia Bedoya
CLAUDIA PATRICIA BEDOYA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

Ubicación del Servicio:	**USS 49 INTERNACIONAL**			**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	**4547-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA PATRICIA BEDOYA MURCIA		**C. C.**	53.008.948			**DE**	Bogotá	

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 __X_ NO ____ **Servicios:** SI __X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar al 100 % los seguimientos de los diferentes programas y entregar el informe el 1 dia hábil de cada mes.	si	Realice al 100 % los seguimientos de los diferentes programas y entregar el informe el 1 dia hábil de cada mes.	se realizaron seguimientos por aplicativo Pai en cohorte de niños atrasados en esquema de vacunación, se realizaron seguimientos en el programa de citologia,ruta de promoción y mantenimiento en salud,primera infancia,infancia.
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural	si	Asisti a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural	Comite PAI Agosto 2020.
Garantizar el Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos). Empoderamiento de implementación del proceso de acreditacion.	si	Garantizo el Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos) . Empoderamiento de implementación del proceso de acreditacion.	Garantizo el buen trato hacia los usuarios garantizandoles una buena informacion y apoyo a los servicios prestados. Me adheri a los estandares de acreditacion como lavado de manos, desinfecciones relacionadas al área de trabajo.
Seguimiento a protocolo de limpieza y desinfeccion propios de la prestacion del servicio en los PAPS	si	Respondo por el buen estado y mantenimiento de los elementos asignados de trabajo, haciendo debida desinfeccion de los implementos del consultorio.	Se responde por desinfeccion diaria por cada consultorio dejandolo constantado en la lista de chequeo.
Vacunar adecuadamente según normas de la red sur occidente niños menores de 5 años, adulto mayor de 60 años, mujeres en edad fertil y gestantes.	si	Vacune adecuadamente según normas de la red sur occidente niños menores de 5 años, adulto mayor de 60 años, mujeres en edad fertil y gestantes.	Vacuné polio inyectable: 4, polio oral: 5 pentavalente: 5 , dpt: 5, hepatitis B: 0, rotavirus: 2, neumococo deca: 4 , triple viral: 1, fiebre amarilla: 1, hepatits a: 2, varicela: 5, Td: 1, dpta: 1, Vph: 1, influenza niños: 6, influenza adultos: 6, neumococo 23: 0.
Uso adecuado del uniforme y carné según lineamiento institucional.	si	Uso adecuado del uniforme y carné según lineamiento institucional.	Porto adecuadamente el uniforme y uso adecuado del carnet institucional.
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad , oportunidad o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista.	no	Asumo el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad , oportunidad o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista.	Asumo el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad , oportunidad o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista.

OBSERVACIONES

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,558,122 UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS

Claudia Bedoya

CLAUDIA PATRICIA BEDOYA MURCIA C.C 53.008.948

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CLAUDIA PATRICIA BEDOYA MURCIA

C.C 53.008.948 DE BOGOTA

La suma de 1.558.122Un millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veintidós mil pesos moneda corriente, por concepto de prestación de servicios de salud como auxiliar de enfermería con un total de 186 horas a $8.377 horadurante el periodo de 01 al 31 de agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4547-2020

Nombre de contratista

Claudia Patricia Bedoya Murcia

C.C 53.008.948deBogotá

CUENTA DE AHORROS

DAVIVIENDA

NUMERO 0550455400018574

Firma: Claudia Bedoya

Cc: 53.008.948