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	ALCALDIA 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			8			
NÚMERO DE CDP	1597	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP		49423	FECHA	6/11/2020		
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	11	2020		9	11	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$402.096									
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:	$11.308.950
VALOR EJECUTADO	$11.308.950
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$402.096
VALOR A LIBERAR	$1.156.026
SALDO POR EJECUTAR	$1.156.026
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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
1032921317	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

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

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Claudia Bedoya.

CLAUDIA PATRICIA BEDOYA MURCIA
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:	USS 49 INTERNACIONAL		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	4547-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	11	2.020		9	11	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	No se realizaron reuniones durante el tiempo que trabaje.
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: 2, polio oral: 1 pentavalente: 3 , dpt: 1, hepatitis B: 0, rotavirus: 2, neumococo deca: 2 , triple viral: 1, fiebre amarilla: 0, hepatits a: 0, varicela: 0, Td: 0, dpta: 1, influenza niños: 2, influenza adultos: 2, Vph: 0, 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): $ 402,096 CUATROCIENTOS DOS MIL NOVENTA Y SEIS 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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-11-11, 11:11:40 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1032921317

Periodo Cotización: octubre de 2020 **Periodo Servicio:** octubre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8808556370

PAGADO 11/11/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA PATRICIA BEDOYA MURCIA		
Documento	CC53008948	**Dirección**	CLL 18 N 112A 10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	504
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53008948	CLAUDIA PATRICIA BEDOYA MURCIA	59	00																		0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 877.803	$ 140.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 877.803	$ 109.800	2,436	$ 877.803	$ 21.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 140.500	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700	$ 0	$ 271.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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 $ 402.096 cuatrocientos dos mil noventa y seis pesos moneda corriente, por concepto deprestación de servicios de salud como auxiliar de enfermería con un total de 48 horas a $8.377 hora durante el periodo de 01 al 09 de noviembre 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: 53008948