Secretaría Distrital 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:	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51951387							
CORREO ELECTRONICO:	nurse01yoly@hotmail.com				CELULAR:	311 2594133							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS 49 INTERNACIONAL FO06												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (USS 49 INTERNACIONAL FO06A38)				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO06A38	100,0%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300742793								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3901-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10			
NÚMERO DE CDP	1597	FECHA	2020-10-31	NÚMERO DE CRP	49008	FECHA	06/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO 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		30	11	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.867.748									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							

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:	$28.677.480
VALOR EJECUTADO	$28.677.480
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.867.748
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
1032801608	$1.147.099	$143.500	$183.700	3	$28.000	**$355.200**

Dado en Bogotá mes de Noviembre del año 2020, Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA ROSERO C
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

EDITH YOLIMA CASTILLO L

EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	USSS 49 INTERNACIONAL				Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3901-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	11	2.020		30	11	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO		C. C.	51.951.387			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 ENFERMERA 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
1. Cumplir con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion de pacientes. **2.** Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural. **3.** Empoderamiento e Implementacion del proceso de Acreditacion. **4.** Garantizar el Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos). **5.** Cumplir con los tiempos establecidos para la entrega de los informes. **6.** Adherencia a los programas P y D institucionales y rutas priorizando gestantes y cronicos.	1. SI 2. SI 3. SI 4. SI 5. SI 6. SI	1. Se atendió todo lo programado, se repuso a diario las inasistencias. Se realizo examen fisico a cada paciente atendido. 2. Asisti reunion de ULC programada. 3. Asisti a las actividades programadas 4. Presté mis servicios con trato humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos) 5. Se cumplio con los tiempos establecidos para la entrega de los informes. 6. Me adherí a los programas P y D institucionales y rutas priorizando gestantes y cronicos.	1.Se atendio la consulta programa,reponiendo las ausencias. 2.Asisti a la reunciones programadas 3.Preste cada servicio con humanizacion. 4.Entrege informe la fecha establecida. 5.Me adheri a las rutas de la institucion
7. Planear, controlar y evaluar el desarrollo de los programas, los proyectos y las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en los diferentes servicios del Hospital Fontibón E.S.E. **8.** Gestionar de forma intra e Inter. Institucional la formulación de estrategias efectivas que faciliten el acceso a los servicios de salud de la población de la localidad. **9.** Analizar y rendir los informes institucionales que sean solicitados, además de los que normalmente deben presentarse a las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y el Fondo Financiero Distrital y resultados de gestión de su trabajo	7. SI 8. SI 9. SI	7. Se desarrollo programas de P y D 8. Se realizaron los registros necesarios según el sistema. 9. Se mantuvo informada a la referente de enfermeria de las novedades del servicio.	7.Desarolle los programas de P Y D en la consulta 8.Reguistre en Hosvital y formatos en fisico . 9.Entrega de Informe
10. Realizar demanda inducida a los diferentes programas de P Y D, logrando los indicadores de gestion optimos. **11.** Contribuir en la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud del Hospital, estableciendo su diagnóstico y pronóstico en la comunidad y así definir las acciones preventivas y correctivas pertinentes. **12.** Establecer la realización de actividades educativas a los diversos grupos operativos de la Entidad que propendan por el mejoramiento continuo de los procesos desarrollados al interior de la Institución **13.** Utilización racional de los recursos disponibles.	10. SI 11. SI 12. SI 13. SI	10. Realice demanda inducida a los diferentes programas de P Y D. 11. Se cumplieron y se hizo cumplir los aspectos éticos legales que rigen la profesión.	10.Realize demanda inducida en cada consulta realizada. 11.Cumpli los aspectos eticos de mi profesion enfermera.
14. Analizar críticamente la información de diversa índole generada por los informes de gestión reportados por las dependencias del CAMIS, UPAS, UBAS, Equipo PIC y Equipos APS. **15.** Supervición de las auxiliares de enfermeria de programas y vacunación del centro de atención. **16.** Presentar informe mensual de gestión oportunamente el primer día habil de cada mes, proponiendo iniciativas para el cumplimiento de la meta. **17.** Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo. **18.** Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apunten al mejoramiento continúo de calidad.	14. SI 15. SI 16. SI 17. SI 18. SI	15. Se supervisaron las auxiliares a cargo 16. Presente informe mensual de gestión oportunamente el primer dia habil de cada mes. 17. Realizo el uso correcto de los equipos que tengo a mi cargo y diligencio diariamente en la carpeta de alistamiento de consultorios . 18. Se participo activamente en las actividaes de acreditacion	15. Se supervisaron las auxiliares 16. Presente mi informe de gestion oportunamente. 17. Realice uso correcto de los euipos a cargo. 18. Participe actyivamente actividades de acreditacion.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR	$2.867.748 Dos millones ochocientos sesenta y siete mil setecientos cuarenta y ocho pesos

EDITH YOLIMA CASTILLO L.

EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO CC:

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-11-11, 09:36:22 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1032801608

Periodo Cotización: octubre de 2020 **Periodo Servicio:** octubre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8816747680

PAGADO 11/11/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO		
Documento	CC51951387	**Dirección**	CARRERA 72C # 7F 14
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112594133
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 51951387	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.148.000	$ 183.700	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.148.000	$ 143.500	2,436	$ 1.148.000	$ 28.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 355.200

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
$ 1.148.000	$ 1.148.000	$ 1.148.000	$ 0	$ 183.700	$ 143.500	$ 28.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 355.200	$ 0	$ 355.200

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:

EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO
C.C. 51.951.387 DE BOGOTA

La suma de $2.867.748 Dos millones ochocientos sesenta y siete mil setecientos cuarenta y ocho pesos moneda corriente, por concepto de: prestación de servicios de salud como Enfermera con un total de 186 horas, a $ 15.418 hora, durante el periodo de 01 al 30 de Noviembre de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No.3901-2020.

Nombre del contratista
Edith Yolima Castillo Lozano
C.C. 51.951.387 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO
NUMERO 7300742793
Banco Davivienda

Firma EDITH YOLIMA CASTILLO L

C.C 51.951387