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:	ANGIE CAROLINA ASCENCIO SOLAQUE												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1001171792							
CORREO ELECTRONICO:	ascenciosolaque@gmail.com				CELULAR:	3162515466							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**USS BOSA**								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				SEDE:	BOSA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	BO35I03	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	No. 411637181								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1795 DE 2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**5 DE 6**				
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	**NÚMERO DE CRP**		**22695**	**FECHA**	**30/04/2020**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE EN**										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	6	2020		30	6	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.018.028										
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%			NO						

OBSERVACIONES: SE REALIZARON 228 HORAS POR UN VALOR HORA DE $ 8,851 PARA UN TOTAL DE $2,018.028

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.470.896
VALOR EJECUTADO	$8.762.490
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.018.028
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.708.406
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	76%

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
43178992	$877.803	109.800	26.400	3	21.400	**157.600**

Dado en Bogota a los (30) dias de JUNIO del año dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente, Cordialmente,

Yorby Constanza Mosquera Rodriguez
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERIVISOR

Angie Ascencio
cc 1001171792
Angie Carolina Ascencio Solaque
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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	16/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		**PEDIATRIA**		**Sede:**		**BOSA**				
No. DE CONTRATO:	**1795-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.020		30	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**ANGIE CAROLINA ASCENCIO SOLAQUE**				1.001.171.792		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 PEDIATRIA	SI	Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital BoG13:K17sa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Recibire y entregare turno a las 1.00am, 7.00pm, según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital. En PEDIATRIA	SI	Recibí y entregue turno a las 1.00am, 7.00pm, según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital. En PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Realizare toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente. En PEDIATRIA	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 PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Preparare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos. En PEDIATRIA	SI	Prepare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos. En PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
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 PEDIATRIA	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 PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Verificare las dietas y acompañe al paciente a esta hora. En PEDIATRIA	SI	Verifique las dietas y acompañe al paciente a esta hora. EN PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Observare y reportare signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente en PEDIATRIA	SI	Observe y reporte signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente en PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Colaborare con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas en PEDIATRIA	SI	Colabore con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas en PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Cumplire con las órdenes médicas y eduque al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir. En PEDIATRIA	SI	Cumplí con las órdenes médicas y eduque al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir en PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Cumplirecon 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 residios. Lleve correctamente las medidas de protección personal. En PEDIATRIA	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 residios. Lleve correctamente las medidas de protección personal. En PEDIATRIA	POR LA SUPERVISION DEL JEFE INMEDIATO
Brindare apoyo emocional y recreación al paciente. En PEDIATRIA	SI	Brindo apoyo emocional y recreación al paciente. En PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Brinde información, educación y seguridad al paciente y familia al egreso. En PEDIATRIA	SI	Brinde información, educación y seguridad al paciente y familia al egreso. En PEDIATRIA	Registre en la historia clínica del paciente en el mes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Números y letras) **$2,018.028** **Dos millones dieciocho mil veintiocho pesos m/c**

Angie Ascencio
X CC:1001171792
Angie Carolina Ascencio Solaque
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

X
Yorby Constanza Vasquera Rodriguez
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001171792	ANGIE CAROLINA ASCENCIO SOLAQUE	Calle 80 bis # 91 - 90	2515466	Ascenciosolaque@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	04/06/2020	43178992	$157.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	26.400	0	0	0	0	0	0		26.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	26.400	26.400
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	157.600	157.600

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:

Angie Carolina Ascencio Solaque

C.C 1001171792 DE Bogotá

La suma de 2,018.028, por concepto de: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la USS BOSA durante el periodo de 01 al 30 de Junio conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1795

Angie Ascencio

Angie Carolina Ascencio Solaque

C.C 1001171792 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 41163718.