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:	DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1024542970							
CORREO ELECTRONICO:	dakaperi1000@gmail.com				CELULAR:	3138042995							
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 488400035223								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4354 DE 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 De 4				
NÚMERO DE CDP	1242	FECHA	27/08/2020	NÚMERO DE CRP	37316	FECHA	30/08/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE E									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.219.350									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	NO							
OBSERVACIONES: SE REALIZARON 246 HORAS POR UN VALOR HORA DE $ 9.325 PARA UN TOTAL DE $2.293,950										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12.458.200
VALOR EJECUTADO	$12.458.200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.293.950
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 $,**2,194,508** 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
45060336	$877.803	109.800	26.400	3	21.400	**271.700**

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

YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	1024542970	DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ	CALLE 68SUR N73C 21	7183030	dakaperi1000@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	
2020-08	2020-08	I	01/09/2020	45060336	$271.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	140.500	140.500
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	271.700	271.700

PAGADA
45060336

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 09/ 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Daniela Fernanda Osuna Díaz

C.C 1.024542.970 DE Bogotá

La suma de $ 2.293.950, por concepto de: prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en uss bosa durante el durante el periodo de 01 al 30 de SEPTIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4354 DE 2020

Daniela Osuna.

Daniela Fernanda Osuna Díaz

C.C.1.024.542.970 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488400035223

Secretaría de Salud 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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PEDIATRIA					Sede:	BOSA			
No. DE CONTRATO:	4354 -2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	9	2.020		30	9	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DANIELA FERNANDA OZUNA DIAZ				1.024.542.970		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 clínicadel 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 clínicadel 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 clínicadel 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 clínicadel 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 clínicadel 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 clínicadel 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 clínicadel 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 clínicadel 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 clínicadel 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	Brinde apoyo emocional y recreación al paciente. En PEDIATRIA	Registre en la historia clínicadel 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 clínicadel paciente en el mes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Núm eros y letras)	2,293.950	DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL NOVESIENTOS CINCUENTA

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL

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