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:	YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTÍN												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51889317							
CORREO ELECTRONICO:	yopavamar_74@hotmail.com				CELULAR:	3118359464							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10U07	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	63955224428								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2462-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 5			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	23302	FECHA	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área asistencial dentro de los diferentes porcesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDNETE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2020		30	6	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.377.516									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

OBSERVACIONES: 186 HORAS X $7,406 = $1,377,516 . (APORTE REALIZADO SOBREL EL 3%)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.263.980
VALOR EJECUTADO	$6.887.022
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.377.516
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.376.958
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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 3% IBC	APORTE PENSION 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8342800554	$877,803	$109,725	$26,334	3	$21,383	**$157,443**

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

DRA. IVETTE VANESA MORALES HOYONES.
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTÍN
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

EL CONTRATISTA cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.	**100%**	Propias de las actividades del servidor Pùblico	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Una vez termina el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de plaz y salvo por todo concepto con la Entidad el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro so pena de no certificar el último servicio recibido.	**100%**	Radicar al lider del proceso oficio de terminaciòn , diligenciar el formato de paz y salvo con la entidad, entrega de camet	En caso definido por cualquiera de las partes
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición así como los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.	**100%**	Propias de las actividades del servidor Pùblico, Adherirse al manual PIGA	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratata e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato.	**100%**	Adherirse a los manuales de Emergencia insitucionales y demas establecidas.	Se levanta acta en caso de no cumplimiento

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):	**$1,377,516 (Un Millon trescientos setenta y siete mil quinientos dieciseis pesos).**

YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTÍN 51.889.317	Firma de recibido supervisor:
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA	IVETTE VANESSA MORALES HOYONES Fecha : 08/2020

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

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		**Sede**							
No. DE CONTRATO:	2462-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	6	20		30	6	20	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTÍN		**C. C.**	51.889.317		**DE**	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como CONDUCTOR dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTEE.S.E. - , de acuerdo a las necesidades de la Institución

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI____ NO____ Servicios: SI___ NO____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Prestar servicios como conductor de ambulancias	100%	Actividades propias de su operación	Cuidar la movil asiganda tanto en lo mecánico, electrico, interno y externo
2) Reportar las novedades de las móviles relacionadas con el mantenimiento del vehículo.	100%	Realización de mantenimeinto preventivo y correctivo	Generar reporte de móvil (Apoyo administrativo)
3) Diligenciar los registros de traslados, formatos de facturación, informes de actividades y hacer entrega de los mismos según las orientaciones del supervisor.	100%	Diligenciamiento de control de movil semanal y mensual	Entregar formatos de conrol de móvil semanal y mensual a la oficia los primeros 5 dias de cada mes (Certificación del lider de la ambulancia)
4) Velar por la existencia en el vehículo de insumos como combustible, oxígeno, extintor de incendios entre otros	100%	Diligenciamiento de control de la movil, entregas de turno, seguimiento a SOAT, control de gases	Entregar formatos a la oficina (Certificación del lider de la ambulancia) Actas en caso de no cumplimiemto
5) Establecer las relaciones de coordinación con los auxiliares y tripulaciones para el manejo de pacientes y la adecuada prestación de los servicios de salud.	100%	Trabajo en equipo	Actitud de trabajo en equipo (actas en caso de dificultades que se presenten)
6) Cumplir las normas de tránsito y de seguridad en los vehículos y velar por el cumplimiento de las mismas por parte de los tripulantes.	100%	Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución	Reportes en la matriz de seguridad vial (seguimiento a comparendos, fallas de tránisto)
7) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.	100%	Notificar dificultades en el desarrollo de las actividades	Actas, novedades en caso de ser requerido
8) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Velar por la completitud, por el cuidado, por el buen uso de elementos entregados para el desarrollo de las actividades	Control de insumos generados por el apoyo administrativo, Auditorias de Habilitación a la móvil , novedades reportadas por el taller en relación al
9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Asisitir a capacitaciónes, lectura de documentos definidos para aportar a el cumplimiento de las actividades	Actas de asistencia y demas soportes que se requieran para soportar lo definido
10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Adherecia a los procedimientos del proceso, protocolos, progrmas, guías, manuales, politicas Insitucionales	Reportes de seguridad, reporte de novedades, evaluaciones de adherecia a procesos de manera aleatoria
11) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	100%	Diligenciamiento de registros como control de vehiculos, entrega de turno, registros solicitados entre otros	Registros definidos en cada caso (verificación de entrega de turno). Control de lavados de móvil , certificación por lider de móvi, segunda instancia por lider y apoyo del proceso
12) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	100%	Realizar pago y entregar soportes a la oficina cada mes	Soporte de pago
13) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	100%	Demas actividades que le sean asigandos de acuerdo a su perfil	Soportes de lo asigando
Generales	100%	.	
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa o indirectamente del objeto contractual.	100%	Propias de las actividades del servidor Pùblico	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento interno, Código o Directriz interna de la ESE que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	100%	Propias de las actividades del servidor Pùblico	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Conocer y aplicar las politicas institucionales.	100%	Propias de las actividades del servidor Pùblico	Se levanta acta en caso de no

Señor(a):	YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTÍN
No. Identificación:	CC51889317
Dirección:	TV 75 # 82 - 55 AP 101
Telefono:	4796131
Correo:	yopavamar_74@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8342800554

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTÍN	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC51889317	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2020
Número de planilla	8342800554	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2020
Fecha pago	2020-06-02	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1000000072	**Total Pagado**	157600
Banco	1001	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
230301	Porvenir	26400	1
EPS005	Sanitas EPS	109800	1

8342800554

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51889317
APELLIDOS Y NOMBRES: YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTÍN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	26400	0	21400	0

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

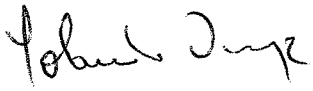
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTÍN

C.C 51.889.317 DE BOGOTÁ

La suma de ($1.377.516) Un millon trescientos setente y siete mil quinientos dieciséis pesos, por concepto de: desarrollo de actividades como auxiliar de enfermería, durante el periodo de 01 al 30 de junio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2462-2020.



YOLANDA PATRICIA VARGAS MARTÍN

C.C.51.889.317 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 63955224428