

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión	3	
			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				11							
NÚMERO DE CDP		1723		FECHA		2020-11-26		NÚMERO DE CRP		54357		FECHA		2020-11-30					
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		12		2020				31		12		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.

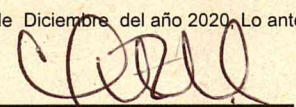
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$34.412.976
VALOR EJECUTADO	\$31.545.228
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.867.748
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2.867.748
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

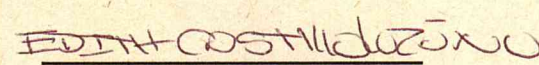
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

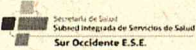
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.507, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1033734856	\$1.147.099	\$143.500	\$183.700	3	\$28.000	\$355.200

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


CLAUDIA PATRICIA ROSERO C
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	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:	USSS 49 INTERNACIONAL		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3901-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO		C. C.	51.951.387			DE	BOGOTA	

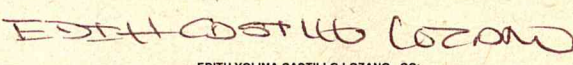
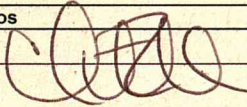
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como ENFERMERA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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 atención de pacientes. 2. Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atención Intramural. 3. Empoderamiento e Implementación del proceso de Acreditación. 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 crónicos.	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 realizó examen físico a cada paciente atendido. 2. Asistí reunión de ULC programada. 3. Asistí a las actividades programadas. 4. Presté mis servicios con trato humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos). 5. Se cumplió 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 crónicos.	1. Se atendió la consulta programa, reponiendo las ausencias. 2. Asistí a la reunión programada. 3. Presté cada servicio con humanización. 4. Entregué informe la fecha establecida. 5. Me adherí a las rutas de la institución.
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 desarrolló programas de P y D. 8. Se realizaron los registros necesarios según el sistema. 9. Se mantuvo informada a la referente de enfermería de las novedades del servicio.	7. Desarrolle los programas de P y D en la consulta. 8. Registre en Hospital y formatos en físico. 9. Entrega de Informe.
10. Realizar demanda inducida a los diferentes programas de P y D, logrando los indicadores de gestión óptimos. 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. Realice demanda inducida en cada consulta realizada. 11. Cumplí los aspectos éticos de mi profesión 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. Supervisión de las auxiliares de enfermería de programas y vacunación del centro de atención. 16. Presentar informe mensual de gestión oportunamente el primer día hábil 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 convenga al mejoramiento continuo de la entidad.	14. SI 15. SI 16. SI 17. SI 18. SI	15. Se supervisaron las auxiliares a cargo. 16. Presenté informe mensual de gestión oportunamente el primer día hábil de cada mes. 17. Realicé el uso correcto de los equipos que tengo a mi cargo y diligencé diariamente en la carpeta de alistamiento de consultorios. 18. Se participó activamente en las actividades de acreditación.	15. Se supervisaron las auxiliares. 16. Presenté mi informe de gestión oportunamente. 17. Realicé uso correcto de los equipos a cargo. 18. Participé activamente actividades de acreditación.

OBSERVACIONES:

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

 EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO CC:	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	

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 31 de Diciembre 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 CASTILLO LOZANO
C.C. 51951387.

Fecha creación reporte: 2020-12-07, 10:42:39 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1033734856

Periodo Cotización:

noviembre de 2020

Periodo Servicio:

noviembre de 2020

Referencia pago (PIN): 8816747680

PAGADO 07/12/2020

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO	Dirección	CARRERA 72C # 7F 14
Documento	CC51951387	Teléfono	3112594133
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal			
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones				Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscales					
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	Apo Minis
2 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	\$ 26.000	(NINCC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sana	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