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. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA MILENA OLAYA MURILLO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.431.140						
CORREO ELECTRONICO:	milena2549@yahoo.com				CELULAR:	3102439286						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS PABLO VI											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CAPS PABLO VI				SEDE:	PA16						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA16A38	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20265703153								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3907 de 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 de 10			
NÚMERO DE CDP	1597	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP	49012	FECHA	6/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería,dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDSUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
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%								

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:	$25.809.732
VALOR EJECUTADO	$25.809.732
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.867.748
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCION	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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1032800059	$1.147.099	$143.387	$183.536	3	$27.943	$354.867

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

Alba Edith López López (E)

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA MILENA OLAYA MURILLO

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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS PABLO VI		**Sede: CAPS PABLO VI**						
No. DE CONTRATO:	3907 DEL 2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2.020		30	11	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA MILENA OLAYA MURILLO		**C. C.**		52.431.140		**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR APOYO COMO PROFESIONAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. practicar la intervenciones de enfermeria, establecer diagnosticos y preescribir el tyratamiento de acuerdo a normatividad vigente y guias de atencion, protocolos procesos y procedimientos institucionales	SI	Apoyo en la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapeuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologias establecidos dentro	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
2. desarrollar y apoyar la ejecucion de las actividaddes de promocion de salud prevencion de la enfermedad y vigilancia en salud publica a nivel intramural y extramural, necesarias en los diferentes grupos de los ciclos evolutivos de acuerdo con la normatividad vigente	SI	Cumplo con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
3. realizar las actividades propias del servicio de consulta externa	SI	Llevo un registro de la atencion de los procedimientos , actividades e intervenciones, y mantengo actualizados los informes estadisticos definidos por la Subred y todos	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
4. elaborar las historias clinicas completas de cuerdo con la normatividad vigente	SI	Participo en la programacion de las actividades del area.	REUNIONES
5. apoyar el desarrollo de estratega de participacion social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las iintervenciones en salud	SI	Reporto los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SOPORTADO CON FICHAS DE NOTIFICACION
6. participar en la elbaoracion y actualizacion del diagnnotico en salud de la localidad y en el area de influenza de la empresa social del estado	SI	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, y participo en los analisis a los que me han convocado para implementar las acciones de mejora definidas para el	REUNIONES
7. evaluar junto con el equipo de salud la eficiencia y el impacto de los programas ofresidos a la comunidad	SI	Atiendo las instrucciones del personal a cargo.	ULC, COVE, DEMAS ACTIVIDADES
8.realizar la referencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicio de salud de acuerdo con la normatividad vigente	SI	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA
9. identificar necesidades y partcipar en estudios tendiente a solucionar problemas de la salud de la comunidad	SI	Realizo procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA
10. propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr un eficaz prestacion de los servicios de salud y generar articulascion de actividades con el	SI	Participo en el seguimiento y control a pacientes a los que se requiera.	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA
11. participar en el analisis de la informacion de oferta y demanda de servicio de salud del area de influeza que permita proponer alternativas de solucion	SI	Informo al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA
12. partiipar en la elaboracion y diligenciar de manera clar completa y oportuna, los instrumentos que sean encomendados para su actividad.	SI	Promuevo acciones de humanizacion en la atencion y de seguridad del paciente en el servicio.	ATENCION AL USUARIO
13. aplicar lineamientos, normas, guias y protocolos que garanticen la adecuada prestacion de servicio	SI	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y ARCHIVO
14. reportar oportunamente las anormalias de la prestacion de servicio	SI	Apoyo con el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA
15. presentar informe periodicos de los desarrollo de sus actividaddes a las instancias pertinentes de acuerdo a la salud u obligaciones contractuales	SI	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	INFORMES MENSUALES
16. participar en la actualizacion de los procesos y procedimientos inerentes a su cargo	SI	Me responsabilizo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la	ACTA DE INVENTARIO
17. conocer aplicar las normas de bioseguridad, plan de gestion ambiental, manual de higuiene y seguridad industrial necesarias para la ejecucion de la actividades propias del ojecto contractual	SI	Participo en las jornadas de capacitacion, induccion , equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales soy convocado.	REUNIONES, UAT, ULC
18. asistir y participar activamente en los porcesos de actualizacion y fortalecimiento de competencias y a reuniones que allan lugar , relacionadas con las actividades a proyectos que ejecuten	SI	Cumplo con los procedimientos establecidos por la Subred ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
19. realizar el ejercicio de autocontrol autoregulacion y autogestion en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las aaciones preventivas o correectivas o plan de mejoramiento que halla lugar	SI	Apoyo a la Subred en las actividades que demanda según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
20. asistir y colaborar con el equipo medico en la realizacion de procedimientos asistenciales	SI	Registro actividades realizadas, relacionadas con la prestacion del servicio de acuerdo con el sistema de informacion de la Subred.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
21. informar oportunamente al equipo medico cualquier alteracion ya sea fisica, psicologica o quimica que comprometa la salud del paciente	SI	Realizar supervicion de los contratos para los que sea designado.	REALIZANDO LAS ACTIVIDADES A MI CARGO
22. realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimientos de las metas, contractuales y o de planes y o proyectos formulados en el area asignada	SI	Entrego contancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgo profesionales mensualmente.	CERTIFICADO DE APORTES
23. promover el cuidado custodios del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabilidad	SI	Realizo las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objetivo del contrato.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA Y REGISTROS
24. garzantizar las custodia de la informacion y la gestion documental de los soprtes que se generen durante las actividades realizadas	SI	Garzantizo las custodia de la informacion y la gestion documental de los soprtes que se generen durante las	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
25. revisar y notificar al lides el estado de la agendas de programacion de servicios	SI	informo a los lideressobre las programaciones de las agendas	INFORMANDO A LA LIDER
26. cuando el profesional al area de urgencias ademas de las anteriores realizar las actividades porpias del servicio de urgencias: consulta de urgencia, observacion, hospitalizacion, atencion de preparto, parto y pos parto cuadno las necesdiaddes del servicio asi lo requieran	SI	No realizadas en consulta externa	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
27. las demas actividades afines con la naturaleza del contrato	SI	cumpliendo con el contrato	LISTA DE ACTIVIDADES

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR ($2.867.748): DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE.

SANDRA MILENA OLAYA MURILLO C.C N° 52431140: _____

Alba Enith López López (E) _____

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-10-29, 05:17:12 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1032800059

Periodo Cotización: octubre de 2020 **Periodo Servicio:** octubre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8802217810

PAGADO 29/10/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA OLAYA MURILLO		
Documento	CC52431140	**Dirección**	CL 25 SUR 51F43
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7204765
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APO	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 Mineducación	Total
C 52431140	SANDRA MILENA OLAYA MURILLO	59	00																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 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 A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SANDRA MILENA OLAYA MURILLO

C.C 52.431.140 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 profesional por un total de 186 horas durante el periodo de 01 al 30 de NOVIEMBRE de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3907 DE 2020

SANDRA MILENA OLAYA MURILLO

C.C.52 431.140 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO

BANCOLOMBIA NUMERO : 20265703153