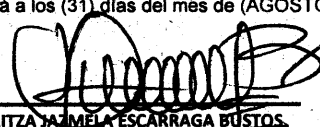
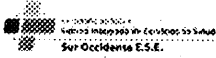
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FQ-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ITSS DAYANNA AVILES GOMEZ															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		1018496023										
CORREO ELECTRONICO:				dayanna-aviles@hotmail.com				CELULAR:		3115268571									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS PABLO VI											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				USS PABLO VI				SEDE:		Pablo VI									
CÉNTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%							
	PA16 N04	100																	
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS									
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				550488409663995				PENSIONADO		No									
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4430-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 1									
NÚMERO DE CDP		1052		FECHA		22/07/2020		NÚMERO DE CRP		32028		FECHA		31/07/2020					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencia en el área de Enfermería, 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.															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		29*		DIA		MES		AÑO	
						1		8		2020				31		8		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.469.772															
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				NO							
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:										\$6.515.989									
VALOR EJECUTADO										\$6.515.989									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$1.469.772									
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 <u>mínimo</u> 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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES													
1031193014	\$877.803	\$109.800	140.500	3	\$21.400	\$271.700,000													
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de (AGOSTO) del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.																			
Cordialmente,																			
 LARITZA JAZMELA ESCARRAGA BUSTOS NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:										 ITSS DAYANNA AVILES GOMEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA									

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	30/02/17	
		Código	04-02-010-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS PABLO VI			Sede: PABLO VI												
No. DE CONTRATO:	4430-2020	Periodo certificado desde el	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>8</td> <td>2.020</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	8	2.020	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>31</td> <td>8</td> <td>2.020</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	31	8	2.020
Día	Mes	Año														
1	8	2.020														
Día	Mes	Año														
31	8	2.020														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ITSSY DAYANNA AVILES GOMEZ		C. C.	1.018.496.623 DE BOGOTÁ D.C												

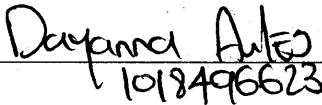
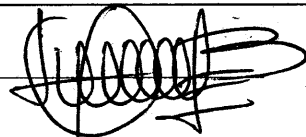
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Auxiliar De Enfermería de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar seguimiento a gestantes	N/A	NO APLICA	NO APLICA
2. Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida, al igual que los trámites a seguir después de la atención del especialista	SI	AGENDAMIENTO VIA TELECONSULTA	DIFERENTES CICLOS DE VIDA DE 0 A ADULTO MAYOR
3. Responder por los inventarios de los consultorios a su cargo, al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de éste.	SI	REGISTRO DE INVENTARIO DIARIO	REGISTRO Y SEGUIMIENTO
4. Diligenciamiento de matriz de seguimiento de gestantes de primera vez y controles.	N/A	NO APLICA	NO APLICA
5. Realizar seguimiento a pacientes del programa de crónicos de la unidad.	SI	ATENCION AL PROGRAMA CRONICOS EN SUS DIFERENTES PATOLOGIAS	AGENDAMIENTO DE CITAS, SEGUIMIENTOS DEL PROGRAMA, ENTREGA DE FORMULAS Y MEDICAMENTOS.
6. Presentar al interventor de la orden de prestación de servicios las copias de los recibos de pago de los aportes a sistemas de seguridad social, integral de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 783 de 2002.	SI	PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL	REGISTRO DE NUMERO DE PLANILLA Y ENTREGA
7. Verificar el diligenciamiento completo de la agenda medica de cada uno de los especialistas.	SI	DILIGENCIAMIENTO DE AGENDAS	AGENDAS DE CRONICOS, MEDICINA INTERNA Y QUIMICO SEGUN DIAS ESTIPULADOS
8. Seguimiento de activación de rutas.	SI	SEGUIMIENTOS	SEGUIMIENTOS EN BASES DE GESTION
9. Seguimiento telefonico a pacientes.	SI	SEGUIMIENTOS	SEGUIMIENTOS Y DILIGENCIAMIENTO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (\$ 1.469.772): UN MILLON CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS.

 1018496623	Firma de recibido supervisor: 
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ITSSY DAYANNA AVILES GOMEZ C.C. 1018496623 BOGOTÁ	

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

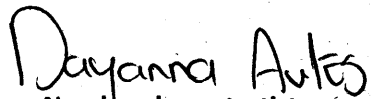
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ITSSY DAYANNA AVILES GOMEZ

C.C 1018496623 DE BOGOTA D.C

La suma de 1.469.772, por concepto de: prestación de servicios durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4430.


Nombre de contratista

C.C. ITSSY DAYANNA AVILES GOMEZ DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550488409661995