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:	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018478634						
CORREO ELECTRONICO:	sandra99g@hotmail.com				CELULAR:	3143662254						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCION DOMICILIARIA				SEDE:	CUNDINAMARCA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10I18	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	055048841412175 3								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4596-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 2			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	25035	FECHA	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Medicina 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	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2020		31	5	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.726.010									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			$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:	$10.497.685
VALOR EJECUTADO	$10.343.760
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.726.010
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$153.925
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
1029466383	$1.847.100	$230.900	$55.500	4		**$286.400**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de MAYO del año Dos Mil VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DAVID EDUARDO PEÑUELA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Sandra P Guerrero G.
SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA
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
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	02-FO-0003
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

Ubicación del Servicio:	ATENCIÓN DOMICILIARIA				**Sede:** CUNDINAMARCA				
No. DE CONTRATO: 4598-2020		~~Periodo certificado desde el~~	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.020		31	5	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA		**C. C.**		1.018.478.634	**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Medicina 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 ____ NO ____ Servicios: SI __x_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Realizar la valoración clínica de los pacientes direccionados por las unidades de servicios de salud y el CRUE para casos COVID-19	SI	valoracion clinica de pacientes sospechosos y con infeccion por nuevo coronavirus estipulados por unidades de servicios de salud y CRUE	HISTORIA CLINICA Y EVOLUCIONES
2) Efectuar identificación del riesgo clínico de los pacientes atendidos en el servicio de atención domiciliaria	SI	clasificacion de riesgo clinico de pacientes atendidos en atencion domiciliaria.	HISTORIA CLINICA Y ACTA DE ENTREGA DE TURNO
3) Recibir pacientes interconsultados de atención domiciliaria en forma documentada del médico tratante.	SI	Respuesta de interconsultas realizadas a programa de atencion domiciliaria	HISTORIA CLINICA
4) Establecer plan de manejo de cuidado en casa según las indicaciones de médico hospitalario tratante y las guías de práctica clínica.	SI	Se establece tratamientos medicos clinicos direccionados por medico hospitalario según guias de practica clinica	HISTORIA CLINICA Y ACTA DE ENTREGA DE TURNO
5) Valorar paciente en la periodicidad que se requiera según la condición clínica del paciente.	SI	Seguimiento y valoracion de paciente según condicion clinica y riesgo clinico.	HISTORIA CLINICA Y ACTA DE ENTREGA DE TURNO
6) Educar al paciente y su familia en el manejo de la enfermedad.	SI	Se realiza educacion medica a paciente y familiar acerca de tratamiento medico propuesto.	HISTORIA CLINICA
7) Participar de las reuniones del equipo de trabajo de atención domiciliaria para la revisión de casos o del proceso de atención domiciliaria.	SI	Asistencia a ULC estipuladas por lider de convenio atencion domiciliaria para revision de casos clinicos y procesos de atencion domiciliaria	ACTAS DE SOCIALIZACIÓN
8) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SI	Diligenciamiento de historias clinicas según las exigencias legales y eticas establecidas.	HISTORIA CLINICA
9) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SI	Diligenciamiento de tablas de datos para el seguimiento de actividades propuestas por el programa de atencion medica domiciliaria	HISTORIA CLINICA Y ACTA DE ENTREGA DE TURNO
10) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	SI	Diligenciamiento de historias clinicas según las exigencias legales y eticas establecidas.	HISTORIA CLINICA
11) Participar en la programación de actividades del área.	SI	Asistencia presencial a actividades propuestas por el programa de atencion medica domiciliaria	ACTAS DE SOCIALIZACIÓN
12) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	SI	Diligenciamiento de fichas de notificacion obligatoria establecidas por la Subred	ACTUALIZACION DE CUADRO DE ENTREGA DE TURNO
13) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Informar acerca de falencias del servicio y participacion en acciones de mejora	INFORME DE COORDINACION
14) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	SI	Explicacion de instrucciones al equipo de salud sobre procedimientos y tratamientos propuestos al paciente	HISTORIA CLINICA
15) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	Diligenciamiento de historias clinicas y formatos establecidos por subred cumpliendo con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	HISTORIA CLINICA
16) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SI	Diligenciamiento de consentimientos informados según cada procedimiento propuesto al paciente	CONSENTIMIENTO INFORMADO
17) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SI	Seguimiento y valoracion de paciente según riesgo clinico y condicion clinica.	HISTORIA CLINICA
18) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y procedo de atención domiciliaria	SI	Educacion a paciente y familiares acerca de condicion medica del paciente y tratamiento medico propuesto.	HISTORIA CLINICA
18) Emitir conceptos médicos que se le requieran	SI	Realizacion de conceptos medicos según lo requerido por el programa de atencion medica domiciliaria	HISTORIA CLINICA
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	Cumplimiento de normatividad propuesta por Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	HISTORIA CLINICA Y ADHERENCIA A GUIAS Y PROTOCOLOS DE LA SUBRED
20) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SI	Diligenciamiento de consentimientos informados según cada procedimiento propuesto al paciente	CONSENTIMIENTO INFORMADO

21) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	Elaboracion de informes acerca del desarrollo de actividades propuestas por lider del servicio de atencion medica domiciliaria	ACTUALIZACION DE CUADRO DE ENTREGA DE TURNO
22) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	SI	Utilizo de forma racional elementos entregados por programa de atencion domiciliaria y me comprometo a la entrega de dichos elementos finalizado el contrato.	HISTORIA CLINICA
23) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI	Participacion presencia y virtual en jornadas de capacitacion, inducciones, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales se convoco durante el mes	ACTAS DE SOCIALIZACIÓN
24) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	Cumplimiento de procedimientos establecidos por la Subred ademas de educacion acerca de los mismos.	ACTAS DE SOCIALIZACIÓN
25) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	SI	Apoyo de actividades propuestas por la subred intrainstitucionales y extra-institucionales	ASISTENCIA A REUNIONES DE CAPACITACION, HISTORIA CLINICA, FORMATO DE ENTREGA DE TURNO
26) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SI	Registro de actividades realizadas durante jornada laboral de acuerdo con el sistema de informacion de la Subred	FORMATO DE ENTREGA DE TURNO
27) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	Entrega de constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Planilla de seguridad social
28) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI	cumplimiento de actividades propuestas por lider de atencion medica domiciliaria	Historia clinica- formatos propuestos por subred

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTISEIS MIL DIEZ PESOS M/CTE. ($ 5,726,010)

CONTRATISTA: Sandra P. Guerrero G.

SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA

CC 1018476834

Firma de recibido supervisor:

DAVID EDUARDO PEÑUELA

Fecha: 01/05/2020

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-05-11, 10:08:49 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1029466383

Periodo Cotización 202004 **Periodo Servicio** 202004

PAGADA 2020-05-04 16:26:27.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NINGUNA				
Documento	CC 1018478634	**Dirección**	CR 70 #7 B - 16 APTO 503		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6094641		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1018478634		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00					GUERRERO GARCIA SANDRA PATRICIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF			
															0	30	30	0	0			$ 1.847.100

Pensión							Salud					
Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FBPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
25-14		3 %	$ 1.847.100	$ 55.500	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.847.100	$ 230.900	$ 0

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 55.500	$ 0	$ 0	$ 230.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 286.400

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!