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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAYANA LUZ BERRIO BERRIO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52'968.062							
CORREO ELECTRONICO:	dayaberry3012@gmail.com				CELULAR:	3224324608							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**SUBRED SUR OCCIDENTE**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCIÓN DOMICILIARIA				SEDE:	TRINIDAD GALAN							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10I18-CV19	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA	24095547611								PENSIONADO	Nó			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**4626-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**1 de 4**					
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	26/05/2020	**NÚMERO DE CRP**	**26669**	**FECHA**	**30/05/2020**					
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 SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**											
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO				
		1	7	2020		31	7	2020				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.029.940											
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 o tributarios)es de anotar que para alivios tributarios se debe hacer llegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.458.180
VALOR EJECUTADO	$7.428.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.029.940
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 **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 16% IBC	APORTE PENSION 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43316784 - 8344062402	1211976	151497	193916	4		**345413**

Dado en Bogota a los (31) dias del mes de JULIO del año dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surja el pago pertinente. Cordialmente.

PAOLA GIRALDO

PAOLA CAROLINA GIRALDO PARRA
LIDER ATENCION DOMICILIARIA

Dayana Berrio

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO
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:	ATENCION DOMICILIARIA		**Sede: TRINIDAD GALAN**					
No. DE CONTRATO:	4626-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAYANA LUZ BERRIO BERRIO		1	7	2.020	31	7	2.020
		C. C.	52.968.062	**DE**		BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial 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 ___ NO ___ Servicios: SI X NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1 Apoyar la realización de las actividades en salud ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	SI	1 Apoyo en la realización de las actividades en salud ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	SE REALIZA EN LA BASE DE DATOS HISTORIAS CLINICAS PARA REPORTAR EN EL SIDCRUE, VALORACION Y TOMA DE MUESTRAS EN SUS REPECTIVOS DOMICILIOS
2 Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SI	2 Cumplimiento con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SE HACE DILIGENCIAMIENTO Y SE ENTREGAN FICHAS DE REALIZACION DE TOMA DE MUESTRAS PARA EL TAMIZAJE DE COVID - 19 EN SUS RESPECTIVOS DOMICILIOS
3 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	3 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.	SE REALIZA CONSOLIDADOS DE FORMATOS CT002 PARA LAS TOMAS DE MUESTRAS D COVID - 19 ATENCION DOMICILIARIA POR CADA UNO D LOS PACIENTES QUE SE VISITAN EN SU DOMICILIO Y SON EFECTIVAS, FALLIDAS CON SUS SEGUIMIENTOS TELEFONICOS
4 Recibir en forma documental y previa valoración a los pacientes de Alta Temprana.	SI	4 Recibo y valoración a los pacientes de Alta Temprana.	SE RECIBE Y SE ENTREGA EL TURNO DE PACIENTES DE CRUE
5 Realizar consentimiento informado de todas las actividades, procedimientos e intervenciones a efectuar en el paciente, explicando e informando claramente al paciente los riesgos y complicaciones asociados	SI	5 Realización consentimiento Informado de todas las actividades, procedimientos e intervenciones a efectuar en el paciente, explicando e informando claramente al paciente los riesgos y complicaciones asociados	SE HACE DILIGENCIAMIENTO Y SE ENTREGAN FICHAS DE NOTIFICACION PARA TAMIZAJE DE PACIENTES COVID - 19, SE ORIENTA Y SE BRINDA EDUCACION A PACIENTE Y NUCLEO FAMILIAR CON PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRAS
6 Cumplir con la calidad del registro clínico según la normatividad vigente y el manual de manejo y custodia de historia clínica.	SI	6 Calidad del registro clínico según la normatividad vigente y el manual de manejo y custodia de historia clínica.	SE REALIZA VERIFICACION DE FICHAS DE NOTIFICACION DE TAMIZAJE COVID - 19, 348, LETRA CLARA, LEGIBLE SIN TACHONES NI ENMENDADURAS PARA REPORTAR AL SIVIGILA
7 Participar en la programación de las actividades del área.	SI	7 Participación en la programación de las actividades del áre	SE FIRMA ASISTENCIS EN LAS ACTAS POR CADA REUNION PROGRAMADA POR EL LIDER DE LA UNION
8 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	SI	8 Reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	SE REPORTAN TODOS LOS PACIENTES AL SISTEMA DE SIDCRUE CON LOS DATOS COMPLETOS DE LOS PACIENTES Y LOS QUE SE ENCUENTRAN EN SU
9 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	NO APLICA	9 Notificación de 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	NO APLICA
10 Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SI	10 Seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	ENTREGA DE CONSOLIDADOS CT002 FORMATO DE TOMA DE MUESTRAS COVIS - 19, ATENCION DOMICILIARIA Y FICHA DE NOTIFICACION PARA
11 Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	SI	11 Información al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	EN EL SIDCRUE SE REPORTA LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES Y SU NUCLEO FAMILIAR SEGÚN SU CONDICION DE SALUD
12 Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	SI	12 Acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	SE REALIZAN LOS REPORTES A LA CENTRAL DEL CRUE EN EL RADIO Y REGISTROS ENLA HISTORIAS CLINICAS EN SIDCRUE
13 Efectuar actividades de promoción y prevención, educación y cuidado que se debe tener el paciente y su familia en el proceso de atención en domicilio	SI	13 Actividades de promoción y prevención, educación y cuidado que se debe tener el paciente y su familia en el proceso de atención en domicilio	SE REGISTRAN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SIDCRUE Y SE LES REPROGRAMA PROXIMA VISITAS A LOS PACIENTES
14 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	14 Cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	ENTREGA DE FICHAS NOTIFICADAS PARA LA TAMIZACION DEL COVID 19 CON REPORTE DE CONSOLIDADO EN EL FORMATO CT002 DE LAS TOMAS DE MUESTRAS COVID 19 Y ATENCION DOMICILIARIA
15 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	15 Informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades.	SE REGISTRAN DATOS SOBRE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, VISITAS EFECTIVAS, FALLIDAS, CIERRE DE CASOS Y LOS SEGUIMIENTOS TELEFONICOS EN LOS FORMATOS CT002 FORMATO PARA LAS TOMAS DE MUESTRAS PARA COVID-19 ATENCION
16 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	16 Uso de los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	SE FIRMAS EN LAS ACTAS DE ENTREGA DE INSUMOS AL JEE DE ALTA TEMPRANA
18 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	18 Cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	ENTREGA DE FICHAS NOTIFICADAS PARA LA TAMIZACION DEL COVID 19 CON REPORTE DE CONSOLIDADO EN EL FORMATO CT002 DE LAS TOMAS DE MUESTRAS COVID 19 Y ATENCION
19 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	SI	19 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	
20 Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred .	SI	20 Registro de actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred .	AS FICHAS TECNICAS TAMIZAJE DE PACIENTES CO COVID 19, 348 ENTREGA DE FICHA DE NOTIFICACION PARA TAMIZAJE DE PACIENTE COVID 19 DILIGENCIAFAS Y DATOS SUBIDOS A LA PLATAFORMA DEL SIDCRUE
21 Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	NO APLICA	21 Supervisión de los contratos para los que sea designado.	NO APLICA
22 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	22 Entrega de constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	ENTREGA DE CERTIFICADOS DE AFILIACION PLANILLA E PAGO
23 Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	23 Realización de las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	ENTREGA DE CONSOLIDADOS CT002, FORMATO TOMA DE MUESTRAS COVID 19 ATENCION DOMICILIARIA

OBSERVACIONES: NINGUNA

TOTAL A PAGAR (Número y letras) ($3'029.940) TRES MILLONES VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS

Dayana Luz Berrio

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

PAOLA GIRALDO.

PAOLA CAROLINA GIRALDO PARRA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52968062	Dayana luz Berrio Berrio		Avenida 1 de Mayo # 38B - 07	4455941	dayaberry3012@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	1	14/07/2020	43316784	$255.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	5.300	0	0	5.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	5.300	5.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	255.600	255.600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

C.C 52968062 DE BOGOTA D.C

La suma de 3´029.940, por concepto de: prestar sus servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial, en el área asistencial como enfermero en la unidad de atención domiciliaria durante el periodo del 01 al 31 de JULIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4626-2020

Dayana Luz Berrio B.

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

C.C. 52´968.062 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24095547611

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

ENFERMERA JEFE

CC: 52'968.062

RELACION DE ACTIVIDADES MES DE JUNIO ENFERMERA JEFE EN ATENCION DOMICILIARIA - CRUE		
DIA	**VALORACIONES**	**TOMAS DE MUESTRA**
2-02-2020	16	13
4-02-2020	15	15
6-02-2020	15	8
8-02-2020	12	9
10-02-2020	9	9
12-02-2020	20	16
14-02-2020	16	14
16-02-2020	16	13
18-02-2020	17	14
20-02-2020	5	5
22-02-2020	21	7
24-02-2020	22	15
26-02-2020	16	13
27-06-2020	30	30
28-02-2020	15	15
30-02-2020	25	25