(18)

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:	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:	CUNDINAMARCA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10I18-CV	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24095547611								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4626-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 de 7				
NÚMERO DE CDP	1380	FECHA	25/09/2020	NÚMERO DE CRP		43231	FECHA	30/09/2020			
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	10	2020		31	10	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.580.000										
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:	$22.244.670
VALOR EJECUTADO	$22.244.670
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.580.000
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 12,5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
45429328	1211976	151500	194000	4		352800

Dado en Bogota a los (31) dias del mes de OCTUBRE 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: CUNDINAMARCA**						
No. DE CONTRATO:	4626-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	10	2.020		31	10	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAYANA LUZ BERRIO BERRIO		**C. C.**	52.968.062	**DE**	BOGOTA					

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X 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 respectivos 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 realización 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 atención domiciliaria por cada uno d los pacientes que se visitan en su domicilio y son efectivas, fallidas con sus seguimientos telefónicos.
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 notificación para tamizaje de pacientes covid-19, se orienta y se brinda educación a paciente y núcleo 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 verificación de fichas de notificación de tamizaje covid-19, 346, 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 área.	se firma asistencias en las actas por cada reunión programada por el líder de la unidad
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 núcleo familiar en el domicilio
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	SI	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 covid-19, atención domiciliaria y ficha de notificación para tamizaje de pacientes covid-19 con reporte en plataforma SIDCRUE
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 núcleo familiar según su condición 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 en la 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 próxima 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 tamización del covid-19 con reporte de consolidado en el formato ct002 de las tomas de muestras covid-19 y atención domiciliarias
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 realizan informes sobre las actividades realizadas, visitas efectivas, fallidas, cierre de casos y los seguimientos telefónicos en los formatos ct002 formato para las tomas de muestras para covid-19 atención domiciliaria
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 firma en las actas de entrega de insumos al jefe 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 tamización del covid-19 con reporte de consolidado en el formato ct002 de las tomas de muestras covid-19 y atención domiciliarias.
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.	Realización de socializaciones acerca del manejo de las fichas técnicas tamizaje de pacientes covid-19, 346 y SIDCRUE
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 .	Entrega de ficha de notificación para tamizaje de paciente covid-19 diligenciadas 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 afiliación 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 atención domiciliaria

OBSERVACIONES: NINGUNA

TOTAL A PAGAR (Número y letras):(5.580.000) CINCO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL PESOS

Dayana Berrio B.	Paola Giraldo Fecha:31/10/2020
DAYANA LUZ BERRIO BERRIO	**PAOLA CAROLINA GIRALDO PARRA**

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:

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

C.C. 52'968.062 DE BOGOTA

La suma de 5.580.000, por concepto de: prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área asistencial como enfermera profesional en la unidad de Atención Domiciliaria durante el periodo de 01 al 31 de octubre 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4626-2020

Dayana Berrio B.

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

C.C. 52.968.062 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

24095547611

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	4455841	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	
2020-09	2020-09	I	16/10/2020	45429328	$352.800	

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	151.500	0		0		0	0	0	0	151.500	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	194.000	0	0	0	0	0	0		194.000	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	7.300	0	0	7.300	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	151.500	151.500
Pensión	1	194.000	194.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	7.300	7.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	352.800	352.800

PAGADA 45429328

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

Secretaría de Salud
Subred **Sur Occidente** E.S.E.

INFORME DE GESTION
MENSUAL DEL MES DE
SEPTIEMBRE 2020

Profesional: DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

Cargo: ENFERMERA JEFE-CRUE

Realización de actividades de enfermería como la realización de toma de muestra y valoración a pacientes de la móvil 4502. Actualmente disponible en el CRUE.

Actividades realizadas durante la jornada laboral

Actividades realizadas:

1. Realización de fichas epidemiológicas
2. Realización de historias clínicas
3. Diligenciamiento en el sidcrue
4. Otras actividades según lo requieran las actividades realizadas durante el turno.

Dichas actividades se desarrollan en el mes de septiembre 2020 en el horario de

7:00 am – 7:00 pm Turno de 12 horas.

RELACION DE ACTIVIDADES MES DE SEPTIEMBRE ENFERMERA PROFESIONAL ATENCION DOMICILIARIA - CRUE		
DIA	**VALORACIONES**	**TOMAS DE MUESTRA**
02-septiembre	14	14
07- septiembre	9	9
08- septiembre	3	3
09- septiembre	14	14
10- septiembre	4	4
11- septiembre	14	14
14- septiembre	9	9
16- septiembre	12	12
18- septiembre	16	16
19- septiembre	11	11
20- septiembre	8	8
24- septiembre	15	15
26- septiembre	9	9
28- septiembre	7	7
30- septiembre	10	10
Total	155	155

ATT: Dayana Berrio

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

ENFERMERA JEFE

CC: 52968062 DE BOGOTA