| 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: | DAYAN LUCIA MORA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1070707001 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | dayanimora255@gmail.com | | | | CELULAR: | 3022255953 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUBRED SUR OCCIDENTE | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ATENCION 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 | % | |
| | KE10118 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488414418126 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4980-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 1 DE 2 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 932 | FECHA | 26/06/2020 | NÚMERO DE CRP | 28407 | FECHA | 30/06/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DELOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 7 | 2020 | | 31 | 7 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.805.604 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

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: | $3.726.271 |
| VALOR EJECUTADO | $3.611.208 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.805.604 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $115.063 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 97% |

**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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 44025884 | $877.803 | $109.800 | $140.500 | 4 | | **$250.300** |

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

**PAOLA CAROLINA GIRALDO PARRA**
LIDER DE PROGRAMA

**DAYAN LUCIA MORA**
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-0803 | |

| **Ubicación del Servicio:** | ATENCION DOMICILIARIA | | | **SEDE:TRINIDAD GALAN** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 4980/2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 7 | 2.020 | | 31 | 7 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | DAYAN LUCIA MORA | | **C. C.** | 1.070.707.001 | | **DE** | LA VEGA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y EN EL AREA DE ENFERMERIA ,PROSESOS DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE .**

**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 de los pacientes de Atencion domiciliaria. | SI | 1.se apoya en el diligencimiento de fichas epidemiologicas y las diferentes actividades que se pueden presentar durante el acompañamiento de el profecional tratante durante la atencion domiciliaria. | apoyo de diligenciamiento en fichas epidemiologicas |
| 2.Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. | SI | 2.se cumple el debido protocolo legal y etico para un optimo apoyo al profecional tratante. | apoyo en el protocolo legal y etico. |
| 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.se realiza el debido registro de las actividades y del apoyo al profesional tratante necesario para el cumplimiento de costos y facturacion. | apoyo en los diferentes registros solicitados por el profesional tratante en el area de atencion domicilliaria. |
| 4.Recibir en forma documental y previa valoración a los pacientes de Atencion domiciliaria. | SI | 4. adecuado manejo de historia clinica. | historia clinica y notas de enfermeria. |
| 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. realizacion de concentimiento informado de laactividad de tomas de muestras de manera telefonica,explicando los riesgos complicaciones y dejando evidencia en consolidado loque refiere elpaciente. | consentimiento informado.. |
| 6.Cumplir con la calidad del registro clínico según la normatividad vigente y el manual de manejo y custodia de historia clínica | SI | 6.se cumple con las debidos estandares de calidad en el apoyo de registro de fichas epidemiologicas según la normativa vigente | apoyo en el diligenciamiento de fichas epidemiologicas |
| 7 Participar en la programación de las actividades del área | SI | 7.se realiza presencia efectiva según lo requiera la programacion de atencion domiciliaria | participacion activa en los diferentes programas requeridos por el PAD |
| 8 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | SI | 8.se realiza apoyo en el reporte de evento de notificacion obligatoria según la normativa vigente liderado por el profesional tratante | reportar seguridad de paciente |
| 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.se notifican las fichas de calidad que se logren evidenciar durante el servicio | participacion activa en la notificacion de fichas de calidad durante el servicio |
| 10 Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | SI | 10.en caso de requerir por el medico tratante se practicara seguimiento y control a pacientes según las indecaciones | en caso de requerir por el medico tratante se practicara seguimiento y control a pacientes según las indecaciones |
| 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | SI | 11. educar signos de alarma al paciente y familiares y programas de cronicos | se realiza educacion al paciente y a su familiar y se deja registro en aplicativo Dinamica de enfermeria. |
| 12.Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. | SI | 12.se promueven acciones de humanizcion en la atencion y seguridad al paciente según lo requerido | educacion de humanizacion y seguridad al paciente y al usuario según lo requiera el servicio |
| 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.se realiza actividades de promocion y prevencion al usuario y en su entorno familiar en la atencion domiciliaria | educacion en programas de promocion y prevencion |
| 14 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | SI | 14.se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimiento de la subred. | apoyo a las normas del sistema obligatorio de garantia de calidad requerida por la subred. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades. | **SI** | 15.se realiza registro mensual sobre el desarrollo y avance sobre las actividades correspondientes a mi perfil profesional. | hoja de actividades entregadas mensualmente enexada durante el pago. |
| . 16 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades. | **SI** | 16.se responde por los elementos entregados /y utlizadospara el correcto funcionamiento de las actividades | registro de entrega de insumos |
| 17.Mantener disponibilidad permanente en el teléfono móvil de manera que pueda mantener un contacto permanente. | **SI** | 17.se mantiene disponibilidad con mi telefono movil para una mejor articulacion del desarrollo de mis actividades. | disponibilidad en el horario de mi telefono movil |
| 18.permanecer atento para la aplicación de medicamentos que se necesiten de manera oportuna en la atención de los pacientes de la sub red conforme al procedimiento. | **SI** | 18. se realiza aplicación de medicamentos ordenados por profesional tratante. | entrega de medicamentos. |
| 19. Notificar las fallas de calidad que se presenten en la prestación del servicio e implementar las acciones mejora definidas para el mismo | **SI** | 19.se notifican las fichas de calidad que se logren evidenciar durante el servicio | participacion activa en la notificacion de fichas de calidad durante el servicio |
| 20. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | **SI** | 20.se conoce y se da cumplimiento a los procedimientos establecidos para el desarrollo de mis actividades. | educacion constante durante los procedimientos establecidos por la subred para el desarrollo de las actividades según mi perfil. |
| 21. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra Institucionales. | **SI** | 21.se hace apoyo y participacion activa en las diferentes actividades que se presentan en la subred. | se hace apoyo y participacion activa en las diferentes actividades que se presentan en la subred. |
| 22. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 2 | **SI** | 22.se hace el devido registro de actividades/relacionadas con la prestacion de servicio según el perfil. | entrega de documento y regstro de actividades según el perfil. |
| 23. *Garantizar el mantenimiento del vehículo con* el cual presta sus servicios, a través del cumplimiento de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de acuerdo al fabricante. | **SI** | 23.se hace buen uso del vehiculo y los insumos prestados en esta. | se hace buen uso del vehiculo y los insumos prestados en esta. |
| 24.Utilizar los elementos de protección obligatorios de acuerdo al código nacional de tránsito, con el fin de minimizar los riesgos propios de la actividad a desarrollar. | **SI** | 24.se utiliza correctamebte los elementos de proteccion obligatorio durante el trancito del vehiculo institucional y respeto a las señales de trancito. | se utiliza correctamebte los elementos de proteccion obligatorio durante el trancito del vehiculo institucional y respeto a las señales de trancito. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): ~~4.805.604~~ milion ochocientos cinco mil seisientos cuatro pesos**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_DAYANLUCIA MORA CC 1070707001

Fecha : 31/07/2020 Firma de recibido supervisor: PAOLA GIRALDO

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

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 | 1070707001 | DAYAN LUCIA MORA | | calle 70a # 81-63 | 11234125 | dayanmora255@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 | |
| 2020-08 | 2020-08 | I | 13/07/2020 | 44025884 | $250.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | | 250.300 | 250.300 |

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:**

**DAYAN LUCIA MORA**

**C.C 1070707001 DE LA VEGA CUNDINAMARCA**

La suma de 1.805.604, por concepto de: prestar servicios de la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Asistencial como auxiliar de enfermería en la unidad de atención domiciliaria durante el periodo de 01 al 31 de julio de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4980/2020



**DAYAN LUCIA MORA**

**C.C.1070707001DE LA VEGA CUNDINAMARCA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0550488414418126**

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

INFORME DE GESTION MENSUAL DEL MES DE JUNIO 2020

Profesional: Dayan Lucia Mora

Cargo: Auxiliar de enfermería

Acompañamiento al personal medico en calidad de Auxiliar de enfermería en realización de toma de muestra y valoración a pacientes con los diferentes móviles. Actualmente disponible en el CRUE.

Actividades realizadas durante la jornada laboral

Acompañamiento:

1. Realización de fichas epidemiológicas
2. Acompañamiento en el diligenciamiento en el sidcrue
3. Acompañamiento en el diligenciamiento en el tiempo real
4. Otros acompañamientos según lo requieran las actividades realizadas durante el turno.

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

7:00 am – 7:00 pm Turno de 12 horas.