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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ILES GRIJALBA PAULA FERNANDA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1075291938							
CORREO ELECTRONICO:	paula.ilesgrijalba@gmail.com				CELULAR:	3223064485							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Tintal												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Tintal							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11B05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0013-0714-00-0200283793								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2622-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 de 11				
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53325	FECHA	30/11/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL DE ENFERMERIA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	12	2020		31	12	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.192.318										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$0								

OBSERVACIONES: 186 HORAS MES

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$39.513.276
VALOR EJECUTADO	$39.170.862
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.192.318
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$342.414
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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9413601955	$1.201.410,00	150.176	$192.226	3	$29.266	**$371.668**

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

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAULA FERNANDA ILES GRIJALBA
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		Sede:	KENNEDY TINTAL						
No. DE CONTRATO:	2622-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	12	2020		31	12	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA FERNANDA ILES GRIJALBA		C. C.	1,075,291,938			De	Neiva	

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 **PROFESIONAL DE ENFERMERIA** 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 realizacion de actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 4. Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido 5. Participar en la programacion de actividades del área 6. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	98%	1. Apoyo la realizacion de actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. 2. Cumplio con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3. Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones,mantengo actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 4. Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido 5. Participo en la programacion de actividades del área 6. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Diligenciamiento de libro de registro de pacientes que ingresan a triage fecha, hora, documento, nombre, edad , tipo de paciente, clasificacion, conducta y tipo de triage. Participo en capacitacion programada por la subred. Leo los documentos enviados para aplicar conceptos en triage. Entrego turno dejando registro de lo pendiente en el sistema.
7. Notificar las fallas de calidad que se se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio 8. Impartir instrucciones al personal a cargo 9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 10. Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio 11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion 12. Informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atención.	95%	7. Notifico las fallas de calidad que se se presentan en el servicio, participo en los análisis para implementar las acciones de mejora definidas para el servicio 8. Imparto instrucciones al personal a cargo 9. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 10. Realizo los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio 11. Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere mi participacion 12. Informo al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atención.	Ccomunicación por escrito si es requerido para evidenciar fallas en la calidad en la prestacion del servicio. Instrucción a estudiantes de ECCI de enfermeria. Seguimiento y control en sala de espera del servicio de urgencias. Dialogo permanente con la familia para dar indicaciones, recomendaciones, signos de alarma y educacion en general para el cuidado del paciente pediatrico.
13. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. 14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligarorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento 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 17. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 18. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementación de los mismos.	95%	13. Promovio acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. 14. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligarorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 15. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento 16. Respondio por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato 17. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 18. Conocio y dio cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementación de los mismos.	Manejo permanente del paciente y familia bajo el concepto de hosplitalidad y humaniz<acion, con los principios y valores de la subred. Participacion en las actividades de capacitacion y reuniones que se programaron.
19. Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos insterinstitucionales y extrainstitucionales. 20. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred 21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 22. Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	95%	19. Apoyo a la subred en las actividades que demando según requerimientos insterinstitucionales y extrainstitucionales. 20. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred 21. Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado. 22. Entrego la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizo las demás actividades que le fueron asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizacion de actividades según directrices del plan estrategico institucional y de la direccion en general.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3,192,318 (TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRECIENTOS DIECIOCHO PESOS)

PAULA ILES

PAULA FERNANDA ILES GRIJALBA
1075291938 CONTRATISTA

Aura Alejandra Murcia P

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E)
SUPERVISOR

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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075291938		ILES GRIJALBA PAULA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 131c #88b-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115361	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	819054634	9413601955	I	2020/12/10	2020/12/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$371,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,201,410	$192,300			$1,201,410	$150,200			$0	$0			$1,201,410	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,201,410	$192,300			$1,201,410	$150,200			$0	$0			$1,201,410	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,201,410	$192,300			$1,201,410	$150,200			$0	$0			$1,201,410	$29,300		$0	$0
1	CC	1075291938	ILES PAULA	230301	30	$1,201,410	$192,300	EPS037	30	$1,201,410	$150,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,201,410	$29,300	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,201,410	$192,300			$1,201,410	$150,200			$0	$0			$1,201,410	$29,300		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075291938		ILES GRIJALBA PAULA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 131c #88b-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115361	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-11	2020-11	819054634	9413601955	I	2020/12/10	2020/12/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$371,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,300	$0	$0	$192,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,300	$0	$0	$192,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$29,300	$0	$0	$29,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,200	$0	$0	$150,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$150,200	$0	$0	$150,200
TOTAL				1	$371,800	$0	$0	$371,800

PLANILLA PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Paula Fernanda Iles Grijalba

C.C: 1.075.291.938 Neiva

La suma de $ 3.192.318 (TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRECIENTOS DIECIOCHO PESOS) por concepto de prestación de servicios como profesional enfermería en el área de Urgencias del USS Tintal durante el periodo del 01 al 31 de Diciembre del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2622-2020

Paula Fernanda Iles Grijalba

C.C 1.075.291.938 Neiva

CUENTA DE AHORROS BANCO: BBVA

NUMERO: 0013-0714-00-0200283793

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	2622-02.pdf	2622-02.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2622-03.pdf	2622-03.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2622-04.pdf	2622-04.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2622-05.pdf	2622-05.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2622-06.pdf	2622-06.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2622-07.pdf	2622-07.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2622-08.pdf	2622-08.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2622-08 (2).pdf	2622-08 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2622-09.pdf	2622-09.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2622-10.pdf	2622-10.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2622-11.pdf	2622-11.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >