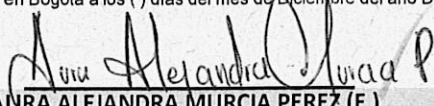
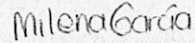
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión	3	
					Fecha de aprobación	15/02/2018	
					Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YULIA MILENA GARCIA GOMEZ															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1022405881										
CORREO ELECTRONICO:				milena10210@gmail.com				CELULAR:		3006931633									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								UNIDAD TINTAL											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				HOSPITALIZACION				SEDE:		UNIDAD TINTAL									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		KE11105	10%	KE111J16	90%														
ENTIDAD FINANCIERA:		ITAU				TIPO DE CUENTA:		Ahorros											
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				017-13305-9				PENSIONADO		No									
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4590-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		9 DE 9									
NÚMERO DE CDP		1723		FECHA		26/11/2020		NÚMERO DE CRP		54774		FECHA		30/11/2020					
OBJETO DEL CONTRATO:				PROFESIONAL EN ENFERMERIA															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		12		2020				31		12		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.687.850															
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 0%				\$0									
OBSERVACIONES: 165 horas																			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO										VALORES									
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$26.549.853									
VALOR EJECUTADO										\$25.066.170									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$2.687.850									
VALOR A LIBERAR										\$0									
SALDO POR EJECUTAR										\$1.483.683									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										94%									
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:																			
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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													
1034134554	\$1.231.524,00	\$154.000	\$197.100	3	\$30.000	\$381.100													
<p>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,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E) NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: </div> <div style="text-align: center;">  YULIA MILENA GARCÍA GÓMEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> </div>																			

 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:	HOSPITALIZACIÓN				Sede: TINTAL					
No. DE CONTRATO:	4590-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	12	2020		31	12	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YULIA MILENA GARCÍA GÓMEZ				C. C.	1.022.405.881		De	Bogotá	

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 ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar la realización 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, 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. 4. Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido 5. Participar en la programación de actividades del área 6. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	95%	1. Apoyo la realización de actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. 2. Cumplió 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 estadísticos 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 programación 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, clasificación, conducta y tipo de triage. Participo en capacitación 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 participación 12. Informar al paciente y su familia sobre su condición, 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 participación 12. Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Comunicación por escrito si es requerido para evidenciar fallas en la calidad en la prestación del servicio. Seguimiento y control en sala de espera del servicio de urgencias. Dialogo permanente con la familia para dar indicaciones, recomendaciones, signos de alarma y educación en general para el cuidado del paciente pediátrico.
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 Obligatorio 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, además de apoyar la implementación de los mismos.	95%	13. Promoví acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. 14. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio 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. Respondo 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. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Manejo permanente del paciente y familia bajo el concepto de hospitalidad y humanización, con los principios y valores de la subred. Participación en las actividades de capacitación y reuniones que se programaron.
19. Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. 20. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la subred 21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 22. Entregar la constancia de afiliación 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.	96%	19. Apoyo a la subred en las actividades que demandan según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. 20. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la subred 21. Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado. 22. Entrego la constancia de afiliación 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.	Realización de actividades según directrices del plan estratégico institucional y de la dirección en general.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2,687,850 (DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS)

Milena García YULIA MILENA GARCIA GOMEZ 1022405881	Aura Alejandra Murcia Pérez (E) AURA ALEJANDRA MURCIA PÉREZ (E)
--	--

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

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-12-02, 07:15:14 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1034134554 Período Cotización 202011 Período Servicio 202011

Cliente:

PAGADA 2020-12-02 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YULIA MILENA GARCIA GOMEZ			Dirección	CLL 13 N 79 C 11		
Documento	CC 1022405881			Teléfono	4971552		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO		
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA D.C.			Total Afiliados	1		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022405881		Residente	Exonerado N		Apellidos y Nombres	GARCIA GOMEZ YULIA MILENA		Código Ciudad - Departamento	11001000 - 11		Centro de Trabajo	BOGOTA D.C.		Ubicación Laboral		
Tipo Cotizante	59 00																

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

Novedades				Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales													
				Tipo salario				Salario																									
Extranjera				Día AFP	Día EPS	Día AFP	Día EPS	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte EPS	Total Aporte FBSR	Código AFP	Tarifa AFP	Código EPS	Tarifa EPS	Código EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	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
NO RET				0	30	30	30		\$ 107.100	\$ 0	\$ 0	200001	16%			16,2 %		\$ 1.231.524	\$ 154.000	\$ 0	14-11	3	2-036 %	\$ 1.231.524	\$ 30.000	CCF24	2 %	\$ 1.231.524	\$ 24.700	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0
TDE																																	
TAE																																	
TAF																																	
TDR																																	
COB																																	
VSP																																	
LSA																																	
STI																																	
BOI																																	
STI																																	
AVY																																	
JCA																																	
ARI																																	
CCF																																	
CCF																																	

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ESAP	MEN	
\$ 197.100	\$ 0	\$ 0	\$ 154.000	\$ 30.000	\$ 24.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 405.800



DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YULIA MILENA GARCÍA GÓMEZ

C.C 1022405881 DE BOGOTÁ

La suma de \$2'687.850 (Dos millones seiscientos ochenta y siete mil ochocientos cincuenta pesos), por concepto de: prestación de servicios como enfermera en el área de Plan Canguro de la USS Patio Bonito Tintal durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4590-2020.

Milena García

Yulia Milena García Gómez

C.C.1022405881 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO ITAU

NUMERO 017-13305—9



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página: 23000726 Ayuda ?

1 Información general

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No7 **Ejecución del Contrato**

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	4590-04.pdf	4590-04.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4590-05.pdf	4590-05.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4590-06.pdf	4590-06.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4590-07.pdf	4590-07.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4590-08.pdf	4590-08.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4590-09.pdf	4590-09.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4590-10.pdf	4590-10.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4590-11.pdf	4590-11.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >