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:	JOSE ALEJANDRO HERRERA MORA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.023.862.485							
CORREO ELECTRONICO:	jherrera@iberoamericana.edu.co				CELULAR:	3187883266							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Sub Red Suroccidente								
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	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	450700088070								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2794-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 6			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP		23616	FECHA	30/04/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo 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:	$2.059.578									
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 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:	$12.366.468
VALOR EJECUTADO	$11.161.584
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.059.578
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.204.884
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	90%

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
7758505706	$877.803	$109.800	$140.500	4		**$250.300**

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

PAOLA CAROLINA GIRALDO PARRA

JOSE ALEJANDRO HERRERA MORA

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:	ATENCION DOMICILIARIA		Sede: TRINIDAD GALAN						
No. DE CONTRATO:	2794-2020	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	7	2.020		31	7	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE ALEJANDRO HERRERA MORA		C. C.	1.023.862.485			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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.

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. cumpliendo con el plan de manejo	Reporte historia clinica del paciente.
2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SI	2. cumpliendo con decretos y leyes que hay sobre el manejo de la informacion de las historias clinicas	Se realiza adecuado manejo de historia clinica y correcto diligenciamiento en el aplicativo dinamica.
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. registrar todo procedimiento que se le hace al paciente, en la historia clinica, notas de enfermeria de procedimienos y actividades realizadas	Se realiza registro de notas de enfermeria de la administracion de medicamentos de los diferentes pacientes asignados.
4. Recibir en forma documental y previa valoración a los pacientes de cita temprana.	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	5Aplicacion de consentimiento informado para iniciar tratamiento en casa.	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. Realizar adecuado registro de los fromatos de enfermeria	Registro de medicamentos y notas de enfermeria
7. Participar en la programación de las actividades del área.	SI	7. Se entrega matriz o programamcion de actividades	Soporte de asistencia en actas.
9. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI	8. Reportar eventos de seguridad	Reporte 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. Reportar eventos de seguridad	Entrega de acta de las diferentes fallas encontradas
10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere su participación.	SI	10. Registro de valoracion de enfermeria de pacientes intervenidos estar pendiente de cualquier cambio a novedad que tenga los pacientes.	Seguimiento reportado en Historia clinica de los diferentes pacientes.
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 eduacion al pacientes y su familiar y se deja registro en el aplicativo Dinamica
12. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio	SI	12. cumplir protocolos y politicas	Reporte de suceso en el aplicativo de seguridad al paciente.
13. Efectuar actividades de promoción y prevención, educación y cuidado que se debe tener en el paciente y su familia en el proceso de atención en domicilio.	SI	13. Registro de valoracion de enfermeria de pacientes intervenidos estar pendiente de cualquier cambio a novedad que tenga los pacientes.	Entrega de acta de socializacion.
14. Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de calidad según requerimientos de la subred.	SI	14. cumplir protocolos y politicas	Entrega de acta de socializacion.
15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor de contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	15. informar actividades	Se presenta informe de las actividades realizadas
16. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio.	SI	16. cumplir con los estandares de calidad y avisando cual quier novedad dada.	Reporte de suceso en el aplicativo de seguridad al paciente.
17. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación de contrato.	SI	17.Participar en actividades de equipo y lider	Actas de entrega
18. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	18. Participar en actividades de equipo y lider	Actas
19. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred ,además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	19. Garantizar el manejo óptimo y adecuado de los desechos hospitalarios, según la normatividad vigente.	Se dara cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.059.578 DOS MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS.

Jose alejandro Herrera Mora.

JOSE ALEJANDRO HERRERA MORA

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.

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023862485
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			JOSE ALEJANDRO HERRERA MORA
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	CRA 3 ESTE N6C-82 SUR	TELEFONO:	5283738
TIPO APORTANTE:	07-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			7758505706	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	junio AÑO	2020	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	junio AÑO	2020
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa mm dd)			2020/07/13	NÚMERO AUTORIZACION:			681023805

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 155.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 155.000	$ 0	$ 155.000
SUBTOTALES:										$ 155.000	$ 0	$ 155.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACION	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 121.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.100	$ 0	$ 0	$ 121.100
SUBTOTALES:													$ 121.100	$ 0	$ 0	$ 121.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 19.400	$ 0	$ 19.400
SUBTOTALES:			$ 19.400	$ 0	$ 19.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1023862485	HERRERA MORA JOSE ALEJANDRO	INDEPEND		$ 968.700				NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 968.700	$ 155.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 155.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 968.700	$ 121.100	$ 0	$ 121.100			$ 0		$ 0

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 968.700	CCF24-COMPENSAR	$ 19.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 295.500

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOSE ALEJANDRO HERRERA MORA

C.C 1023862485 DE BOGOTA

La suma de 2.059.578, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área asistencial como Auxiliar de Enfermería motorizado en la unidad de Atención Domiciliaria durante el periodo de 01 al 31 de Julio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2794-2020

Jose alejandro Herrera Mora.

JOSE ALEJANDRO HERRERA MORA

C.C 1023862485 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 450700088070