238

	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1
		Fecha de aprobación	9/11/2016
		Código	15-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA BUSTOS VERU											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.075.270.746						
CORREO ELECTRONICO:	carolina_veru@hotmail.com				CELULAR:	3178127641						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FOD9							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FOD9K32	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	Nº 5604884024328634								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5979-2020			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2					
NÚMERO DE CDP	[redacted]	FECHA	25/09/2020	NÚMERO DE CRP	[redacted]	FECHA	30/09/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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:	$2.197.015										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	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:	$4.247.562
VALOR EJECUTADO	$4.247.562
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
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 **$2,194,507** 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
4359860968	$878.806	$109.900	$140.700	3	$21.500	$272.100

Dado en Bogotá en el mes de OCTUBRE del año DOS MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA PRIETO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA CAROLINA BUSTOS VERU
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	9
		Fecha de aprobación	28/08/2017
		Código	GHSI-PO-0003

Ubicación del Servicio:	PIC-FO08			**Sede: PONTEZON**						
No. DE CONTRATO:	5876-2020	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	10	2.020		31	10	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA BUSTOS VERU			**C. C.**		1.075.270.748	**DE**		NEIVA HUILA	

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 Auxiliar de enfermería de la Subred Integrado de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI __X__ NO ____ **Servicios:** SI ____ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de inspección, Vigilancia y Control, Radios, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la institución cuando sea requerido y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	NO	120 planes familiares formulados 120 planes familiares implementados Reuniones de equipo	0
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años caracterizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	NO	Activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años	Formato de activación de ruta
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las caracterizaciones realizadas a las diferentes servicios psicosociales y sociales, para articular al PIC y POS	SI	Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	Matriz de unidad de análisis e implementación.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar caracterización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	NO	numero de notificaciones de eventos de interés en salud publica realizados por el profesional	Formato de notificación comunitaria o de interés en salud pública
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	NO	Numero familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de análisis e implementación.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre auditorias del referente del aspecto asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Allistar soportes y presentar auditorias programadas ante/ de la ESE como de la firma auditora o SDS.	NO	Entrega de soportes con la calidad esperada, correspondientes a las familias intervenidas en el mes	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma. Listado de reunión de equipo mensual
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de cara índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	NO	Entrega de soportes con los criterios de calidad salidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación Formato plan de acción cronograma. Listado de reunión de equipo mensual
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud pública. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias técnicas programadas	Listados de asistencia, que dan cuenta de la participación 12-10-2020 Y 16-10-2020
Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el distrito capital en el marco del contexto PSPIC ,disponiendo de recursos logísticos,tecnológicos,de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos .	SI	1. Se realiza seguimientos diarios telefónicos a contactos estrechos y positivos hasta que sean negativo el contacto indico los cuales son 60 seguimiento diarios	Se realiza verificación de datos de los usuarios y se realiza seguimiento a diario a contactos positivos y estrechos , se solicita las muestras que se necesita para el nuevo resultado al salir al caso indica negativo se aclara al usuario el menor seguimiento es de 14 días consecutivos y se continua hasta el día 28 si es positivo o presenta síntomas.

TOTAL A PAGAR $ 2.197.815 Dos millones ciento noventa y siete mil ochocientos quince PESOS M/CT

Diana Bustos Veru

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Claudia Lanca Ibeas

Nombre, cargo y firma de quien recibe a satisfacción

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 10/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA CAROLINA BUSTOS VERU

C.C 1.075.270.746 de NEIVA HUILA

La suma de $2, 197,015, por el concepto de: Prestación de servicios de salud como técnico auxiliar de enfermería durante el periodo de 01 al 31 de Octubre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°5976-2020.

DIANA CAROLINA BUSTOS VERU
CC: 1.075.270.746 de NEIVA HUILA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO # 550488402432634

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			[illegible]
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	[illegible]	TELÉFONO:	[illegible]
TIPO APORTANTE:	INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	[illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (LEY 1607 DE 2012):			NO

NÚMERO PLANILLA:	[illegible]	TIPO DE PLANILLA:			INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES [illegible] AÑO	[illegible]	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES [illegible] AÑO	[illegible]
DÍAS DE MORA:	[illegible]				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			[illegible]

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS AFILIADO	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
[illegible]	[illegible] - PROTECCION	1	$ [illegible]	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$ [illegible]	$0	$ [illegible]
SUBTOTALES:												$ [illegible]

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$0		$0		$0	$ [illegible]	$0	$0	$0	$ [illegible]	$0	$0	$ [illegible]
SUBTOTALES:																$ [illegible]

Planilla Pagada

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDADES AT/EP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDADES AT/EP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
[illegible]	14-11 - ARL SURA	1		$0	$0		$0	$ [illegible]	$ [illegible]	$0	$0	$ [illegible]
SUBTOTALES:												$ [illegible]

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES	PENSIÓN ADMÓN	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS	HORA DE TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMÓN	IBC	COTIZACIÓN	UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMÓN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMÓN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MEN TOTAL APORTE
1	CC [illegible]	[illegible] CAROLINA	[illegible]		[illegible]		NO	230201-PROTECCION	$ [illegible]	$ [illegible]	$0	$0	$0	[illegible]	$ [illegible]	EPS016 COOMEVA S.A.	$ [illegible]	$ [illegible]	$0	$ [illegible]	14-11 - ARL SURA	$ [illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$0		$0	$0	$0	$0	$0

TOTAL $ 272.100

Planilla Pagada