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-0003	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA SILVANA IBARRA JAIMES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.012.339.758						
CORREO ELECTRONICO:	claudia.csij@gmail.com				CELULAR:	322 332 76 07						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					TRINIDAD GALAN							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Oficina Asesora de Desarrollo Institucional				SEDE:	TRINIDAD GALAN						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU41T08	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590343567								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3570-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3		
NÚMERO DE CDP	27	FECHA	08/01/2020	**NÚMERO DE CRP**	15642	**FECHA**	31/01/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo alas necesidades de la institución.**								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	4	2020		30	4	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.374.338								
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.123.014
VALOR EJECUTADO	$4.123.014
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.374.338
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 $2.194.508, 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
4327804578	$877.803,00	$109.725	$140.448	3	$21.383	**$271.556**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de mes de Abril del año Dos Mil Veinte (2020)anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA RIOS VELANDIA
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo I.

CLAUDIA SILVANA IBARRA JAIMES
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:	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		Sede: TRINIDAD GALAN						
No. DE CONTRATO:	3570-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	4	2.020		30	4	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA SILVANA IBARRA JAIMES		C. C.	1.012.339.758		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo alas necesidades de la institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
INFORMAR Y ADELANTAR LOS TRÁMITES Y SEGUIMIENTO RELATIVOS A LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LAS ATENCIONES A PACIENTES Y USUARIOS CONFORME A LOS PRODECIMIENTOS ADOPTADOS POR LA SUBRED.	x	INFORMAR Y ADELANTAR LOS TRÁMITES Y SEGUIMIENTO RELATIVOS A LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LAS ATENCIONES A PACIENTES Y USUARIOS CONFORME A LOS PRODECIMIENTOS ADOPTADOS POR LA SUBRED.	SE ORIENTARON CORRECTAMENTE A LOS USUARIOS.
SUMINISTRAR HISTORIAS CLINICAS Y REGISTRAR LAS CITAS DE LOS USUARIOS PARA LOS SERVICIOS AMBULATORIOS EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD.	x	SUMINISTRAR HISTORIAS CLINICAS Y REGISTRAR LAS CITAS DE LOS USUARIOS PARA LOS SERVICIOS AMBULATORIOS EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD.	LIBRO DE PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS.
RESPONDER POR LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS USUARIOS, SIGUIENDO LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS DE RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN, ARCHIVO, CUSTODIA Y NOTIFICACIÓN DE INCONSISTENCIAS.	x	SE RECIBEN LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS A DIARIO.	SE ARCHIVARON CORRECTAMENTE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.
DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS INSTRUMENTOS QUE LE SEAN ENCOMENDADOS PARA EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD.	x	DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS INSTRUMENTOS QUE LE SEAN ENCOMENDADOS PARA EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD.	ACTA DE REUNIÓN CON ESTADISTICAS VITALES MENSUALMENTE.
VERIFICAR CONFRONTAR LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DILIGENCIADOS Y FACTURADOS.	x	VERIFICAR CONFRONTAR LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DILIGENCIADOS Y FACTURADOS.	BASE DE DATOS ACTUALIZADA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL MES.
PARTICIPAR EN LA RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN ESTADISTICA DEL PUNTO DE ATENCIÓN EN EL QUE PRESTE EL SERVICIO.	x	SE RECIBEN INFORMES DE GESTIÓN A FINAL DE MES PARA CONSOLIDAR Y ENTREGAR OPORTUNAMENTE AL LA OFICINA DE PLANEACIÓN.	SE ANALIZARON Y CONSOLIDARON LOS INFORMES DE GESTIÓN Y SE ENTREGARON OPORTUNAMENTE A LA OFICINA DE PLANEACIÓN.
DAR UN USO RACIONAL A LOS INSUMOS Y EQUIPOS SUMINISTRADOS POR LA UNIDAD PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DE LA ORDEN.	x	DAR UN USO RACIONAL A LOS INSUMOS Y EQUIPOS SUMINISTRADOS POR EL HOSPITAL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DE LA ORDEN.	SE DA EL USO ADECUADO A CADA EQUIPO E INSUMO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.
REPORTAR OPORTUNAMENTE LAS ANOMALIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	x	REPORTAR OPORTUNAMENTE LAS ANOMALÍAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	SE INFORMA AL LIDER CUANDO SUCEDE ALGO ANORMAL EN EL PUNTO DE ATENCIÓN.
CUMPLIR CON EL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INSTITUCIÓN.	x	CUMPLIR CON EL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INSTITUCIÓN.	SE CUMPLE CON LAS FUNCIONES DISPUESTAS EN EL MANUAL DE PROCESOS.
CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES INCLUIDAS DENTRO DE LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS SUBSISTEMAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y DENTRO DE ESTE TODO LO RELACIONADO CON CULTURA DE AUTOCONTROL, PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE HUMANIZACIÓN.	x	CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES INCLUIDAS DENTRO DE LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS SUBSISTEMAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y DENTRO DE ESTE TODO LO RELACIONADO CON CULTURA DE AUTOCONTROL, PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE HUMANIZACIÓN.	ENTREGO INFORME DE ACTIVIDADES.
ASISTIR A REUNIONES Y/O JORNADAS PROGRAMADAS TENDIENTES A ASEGURAR LAS METAS EN CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS. (INCLUYE INDUCCION O RE INDUCCION)	x	ASISTIR A REUNIONES Y/O JORNADAS PROGRAMADAS POR EL HOSPITAL DEL SUR E.S.E TENDIENTES A ASEGURAR LAS METAS EN CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS. (INCLUYE INDUCCION O RE INDUCCION)	ASISTO A SEGÚN LO RPOGRAMADO
PORTAR EL CARNET DE IDENTIFICACIÓN DE LA SUBRED, CUANDO SE TERMINE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ESTE DEBE SER DEVUELTO A LA OFICINA DE TALENTO HUMANO.	x	PORTAR EL CARNET DE IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL, CUANDO SE TERMINE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ESTE DEBE SER DEVUELTO A LA OFICINA DE TALENTO HUMANO.	SE PORTA EL CARNET DIARIAMENTE.
GARANTIZAR LA CUSTODIA Y BUEN USO DE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS QUE HACEN PARTE DEL SERVICIO.	x	SE UTILIZAN DE MANERA ADECUADA LOS ELEMENTOS Y EQUIPOS QUE HACEN PARTE DEL SERVICIO.	A DIARIO SE LE DA EL USO ADECUADO A LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS PARA EL DESARROLLO DE MIS ACTIVIDADES.
CUMPLIR CON LAS INDICACIONES EMITIDAS EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LA INSTITUCION Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS.	x	SE CUMPLE A DIARIO CON LAS INDICACIONES EMITIDAS EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD COMO MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS Y LAVADO DE MANOS.	A DIARIO DESECHO EN LAS CANECAS SEGUN LA CLASIFICACION DE LAS MISMAS Y PRACTICO EL LAVADO DE MANOS CADA VEZ QUE SEA NECESARIO.
PRESENTAR MENSUALMENTE EL APORTE DE SALUD, PENSION Y ARL DE ACUERDO CON LA LEY.	x	HAGO MIS APORTES A SALUD, PENSION Y ARL DE ACUERDO CON LA LEY.	PRESENTO PLANILLA DE PAGO DE SALUD, PENSION Y ARL DE ACUERDO A LO ACORDADO EN MI CONTRATO .
LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN AFINES CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO.	x	LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN AFINES CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO.	SE CUMPLE POR INDICACIONES DEL LIDER LAS ACTIVIDADES AFINES CON LA NATURALEZA DEL CONTRATO.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,374,338 UN MILLON TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE ($.oo)

CONTRATISTA: CLAUDIA SILVANA IBARRA JAIMES C.C 1.012.339.758	SUPERVISOR: Ing. LILIANA RIOS VELANDIA

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

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012339758
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CLAUDIA SILVANA IBARRA JAIMES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 57 C 77-04
TELÉFONO:	7132272
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4327804578
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2020
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/02
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999623354

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA 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	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1012339758	IBARRA JAIMES CLAUDIA SILVANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
231001-COLFONDOS	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	101233975	$ 21.400

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 271.700