

**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:		EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		51951387					
CORREO ELECTRONICO:		nurse01yoly@hotmail.com				CELULAR:		311 2594133				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		USS 49 INTERNACIONAL FO06										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		GESTION CLINICA AMBULATORIA (USS 49 INTERNACIONAL FO06A38)				SEDE:		Fontibon				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		FO06A38	100,0%									
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		7300742793				PENSIONADO		No				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3901-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12	
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	60157	FECHA	2020-12-31
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.					

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO
		1	1	2021		31	1	2021

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$2.867.748
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial
RESERVA DE GLOSA 0%	\$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

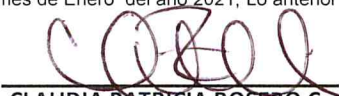
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$34.412.976
VALOR EJECUTADO	\$34.412.976
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.867.748
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

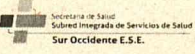
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.507, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1034228614	\$1.147.099	\$143.500	\$183.700	3	\$28.000	\$355.200

Dado en Bogotá mes de Enero del año 2021, Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


CLAUDIA PATRICIA ROSERO C
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

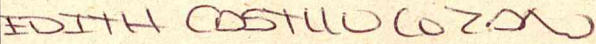
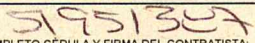
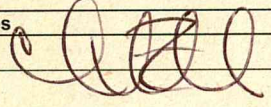
Ubicación del Servicio:	USSS 49 INTERNACIONAL	Sede: FONTIBON														
No. DE CONTRATO:	3901-2020	Período certificado desde el														
		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2.021</td> <td></td> <td>31</td> <td>1</td> <td>2.021</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	1	2.021		31	1	2.021
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
1	1	2.021		31	1	2.021										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO	C. C. 51.951.387 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 ENFERMERA 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. Cumplir con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atención de pacientes. 2. Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atención Intramural. 3. Empoderamiento e Implementación del proceso de Acreditación. 4. Garantizar el Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos). 5. Cumplir con los tiempos establecidos para la entrega de los informes. 6. Adherencia a los programas P y D institucionales y rutas priorizando gestantes y crónicos.	1. SI 2. SI 3. SI 4. SI 5. SI 6. SI	1. Se atendió todo lo programado, se repuso a diario las inasistencias. Se realizó examen físico a cada paciente atendido. 2. Asistí reunión de ULC programada. 3. Asistí a las actividades programadas. 4. Presté mis servicios con trato humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos). 5. Se cumplió con los tiempos establecidos para la entrega de los informes. 6. Me adherí a los programas P y D institucionales y rutas priorizando gestantes y crónicos.	1. Se atendió la consulta programa, reponiendo las ausencias. 2. Asistí a las reuniones programadas. 3. Presté cada servicio con humanización. 4. Entregué informe la fecha establecida. 5. Me adherí a las rutas de la institución.
7. Planear, controlar y evaluar el desarrollo de los programas, los proyectos y las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en los diferentes servicios del Hospital Fontibón E.S.E. 8. Gestionar de forma intra e Inter. Institucional la formulación de estrategias efectivas que faciliten el acceso a los servicios de salud de la población de la localidad. 9. Analizar y rendir los informes institucionales que sean solicitados, además de los que normalmente deben presentarse a las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y el Fondo Financiero Distrital y resultados de gestión de su trabajo.	7. SI 8. SI 9. SI	7. Se desarrolló programas de P y D. 8. Se realizaron los registros necesarios según el sistema. 9. Se mantuvo informada a la referente de enfermería de las novedades del servicio.	7. Desarrollé los programas de P y D en la consulta. 8. Registré en Hosvital y formatos en físico. 9. Entrega de Informe.
10. Realizar demanda inducida a los diferentes programas de P y D, logrando los indicadores de gestión óptimos. 11. Contribuir en la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud del Hospital, estableciendo su diagnóstico y pronóstico en la comunidad y así definir las acciones preventivas y correctivas pertinentes. 12. Establecer la realización de actividades educativas a los diversos grupos operativos de la Entidad que propendan por el mejoramiento continuo de los procesos desarrollados al interior de la Institución. 13. Utilización racional de los recursos disponibles.	10. SI 11. SI 12. SI 13. SI	10. Realicé demanda inducida a los diferentes programas de P y D. 11. Se cumplieron y se hizo cumplir los aspectos éticos legales que rigen la profesión.	10. Realicé demanda inducida en cada consulta realizada. 11. Cumplí los aspectos éticos de mi profesión enfermera.
14. Analizar críticamente la información de diversa índole generada por los informes de gestión reportados por las dependencias del CAMIS, UPAS, UBAS, Equipo PIC y Equipos APS. 15. Supervisión de las auxiliares de enfermería de programas y vacunación del centro de atención. 16. Presentar informe mensual de gestión oportunamente el primer día hábil de cada mes, proponiendo iniciativas para el cumplimiento de la meta. 17. Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo. 18. Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continuo de la entidad.	14. SI 15. SI 16. SI 17. SI 18. SI	15. Se supervisaron las auxiliares a cargo. 16. Presenté informe mensual de gestión oportunamente el primer día hábil de cada mes. 17. Realicé el uso correcto de los equipos que tengo a mi cargo y diligencé diariamente en la carpeta de alistamiento de consultorios. 18. Se participó activamente en las actividades de acreditación.	15. Se supervisaron las auxiliares. 16. Presenté mi informe de gestión oportunamente. 17. Realicé uso correcto de los equipos a cargo. 18. Participé activamente actividades de acreditación.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR	\$2.867.748 Dos millones ochocientos sesenta y siete mil setecientos cuarenta y ocho pesos
 EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO CC:  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-01-06, 04:40:14 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1034228614 Referencia pago (PIN): 8816747680

Período Cotización: diciembre de 2020 Período Servicio: diciembre de 2020

PAGADO 06/01/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO
Documento	CC51951387
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1
Dirección	CARRERA 72C # 7F 14
Teléfono	3112594133
Forma Presentación	UNICO
Departamento	BOGOTÁ D.C.
Identificación	
ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IN	RET	TAE	TDP	TVP	BO	NTS	IGB	LVW	VAC	AVP	VCT	Diag AFP	Diag EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
51951387	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO	59	00													0	0	(25-14) COL-PENSIONES	\$ 1.148.000	\$ 183.700	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.148.000	\$ 143.500	2.436	\$ 1.148.000	\$ 28.000	(NH-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 355.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1,148,000	\$ 1,148,000	\$ 1,148,000	\$ 0	\$ 183,700	\$ 143,500	\$ 28,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 355,200	\$ 0	\$ 355,200

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO
C.C. 51.951.387 DE BOGOTA

La suma de \$2.867.748 Dos millones ochocientos sesenta y siete mil setecientos cuarenta y ocho pesos moneda corriente, por concepto de: prestación de servicios de salud como Enfermera con un total de 186 horas, a \$ 15.418 hora, durante el periodo de 01 al 31 de Enero de 2021 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No.3901-2020.

Nombre del contratista
Edith Yolima Castillo Lozano
C.C. 51.951.387 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO
NUMERO 7300742793
Banco Davivienda

Firma

EDITH CASTILLO LOZANO

C.C.

51951387