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:	DAYANA LUZ BERRIO BERRIO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52968062							
CORREO ELECTRONICO:	dayaberry3012@gmail.com				CELULAR:	3224324608							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED SUR OCCIDENTE												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCION DOMICILIARIA				SEDE:	CUNDINAMARCA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10I18-CV	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24095547611								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1199-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 3				
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	11674	FECHA	31/01/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE MEDICINA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOSDE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	2	2021		28	2	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.029.940										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	N/A								

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:	$9.089.820
VALOR EJECUTADO	$3.029.940
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.029.940
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.059.880
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 $**2.271.315**, 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
48006349	$1.211.976	$151.500	$194.000	4		**$345.500**

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de febrero del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

IVETE VANESSA MORALES HOYONES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Dayana Berrio Berrio
DAYANA LUZ BERRIO BERRIO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	ATENCION DOMICILIARIA	Sede: CUNDINAMARCA						
No. DE CONTRATO:	1199-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2.021		28	2	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAYANA LUZ BERRIO BERRIO	C. C.	52.968.062	DE	BOGOTA				

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales 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 X 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 Apoyo en la realización de las actividades en salud ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	se realiza en la base de datos historias clinicas para reportar en el sidcrue, valoracion y toma de muestras en sus respectivos domicilios.
2 Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SI	2 Cumplimiento con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Se hace diligenciamiento y se entregan fichas de realización de toma de muestras para el tamizaje de covid-19 en sus respectivos domicilios
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 Registro de la atencion 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.	se realiza consolidados de formatos ct002 para las tomas de muestras d covid-19 atención domiciliaria por cada uno d los pacientes que se visitan en su domicilio y son efectivas, fallidas con sus seguimientos telefónicos.
4 Recibir en forma documental y previa valoración a los pacientes de Alta Temprana.	SI	4 Recibo y valoración a los pacientes de Alta Temprana.	Se recibe y se entrega el turno de pacientes de CRUE
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	5 Realización 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	Se hace diligenciamiento y se entregan fichas de notificación para tamizaje de pacientes covid-19, se orienta y se brinda educación a paciente y núcleo familiar con previo consentimiento informado para toma de muestras
6 Cumplir con la calidad del registro clínico según la normatividad vigente y el manual de manejo y custodia de historia clínica.	SI	6 Calidad del registro clínico según la normatividad vigente y el manual de manejo y custodia de historia clínica.	se realiza verificación de fichas de notificación de tamizaje covid-19, 346, letra clara, legible sin tachones ni enmendaduras para reportar al sivigila
7 Participar en la programación de las actividades del área.	SI	7 Participación en la programación de las actividades del área.	se firma asistencias en las actas por cada reunión programada por el líder de la unidad
8 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	SI	8 Reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se reportan todos los pacientes al sistema de SIDCRUE con los datos completos de los pacientes y los que se encuentran en su núcleo familiar en el domicilio
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 Notificación de 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	NO APLICA
10 Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SI	10 Seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Entrega de consolidados ct002 formato de toma de muestras covid-19, atención domiciliaria y ficha de notificación para tamizaje de pacientes covid-19 con reporte en plataforma SIDCRUE
11 Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	SI	11 Información al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	En el SIDCRUE se reporta las historias clinicas de los pacientes y su núcleo familiar según su condición de salud
12 Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	SI	12 Acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	Se realizan los reportes a la central del crue en el radio y registros en la historias clínicas en SIDCRUE
13 Efectuar actividades de promoción y prevención, educación y cuidado que se debe tener el paciente y su familia en el proceso de atención en domicilio	SI	13 Actividades de promoción y prevención, educación y cuidado que se debe tener el paciente y su familia en el proceso de atención en domicilio	se registran las actividades realizadas en el SIDCRUE y se les reprograma próxima visitas a los pacientes
14 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	14 Cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Entrega de fichas notificadas para la tamización del covid-19 con reporte de consolidado en el formato ct002 de las tomas de muestras covid-19 y atención domiciliarias
15 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	15 Informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades.	Se realizan informes sobre las actividades realizadas, visitas efectivas, fallidas, cierre de casos y los seguimientos telefónicos en los formatos ct002 formato para las tomas de muestras para covid-19 atención domiciliaria
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.	SI	16 Uso de los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	Se firma en las actas de entrega de insumos al jefe de alta temprana
18 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	18 Cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Entrega de fichas notificadas para la tamización del covid-19 con reporte de consolidado en el formato ct002 de las tomas de muestras covid-19 y atención domiciliarias.
19 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	SI	19 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Realización de socializaciones acerca del manejo de las fiches técnicas tamizaje de pacientes covid-19, 346 y SIDCRUE
20 Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred .	SI	20 Registro de actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred .	Entrega de ficha de notificación para tamizaje de paciente covid-19 diligenciadas y datos subidos a la plataforma del SIDCRUE.
21 Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	NO APLICA	21 Supervisión de los contratos para los que sea designado.	NO APLICA
22 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	22 Entrega de constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrega de certificados de afiliación planilla e pago.
23 Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	23 Realización de las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Entrega de consolidados ct002, formato toma de muestras covid-19 atención domiciliaria

OBSERVACIONES: NINGUNA

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (3'029.940) TRES MILLONES VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA

Dayana Luz Berrio

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

IVETE VANESSA MORALES HOYONES

Fecha: 28/02/2021

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

Instructivo de Diligenciamiento

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

C.C 52'968.062 DE BOGOTÁ

La suma de 3'029.940, por concepto de: prestar sus servicios a la gestion administrativa y/o asistencialen el area asistencial como enfermera en la unidad de atencion domiciliaria durante el periodo de 01 al 28 de febrero de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1199-2021

Dayana Berrio Berrio

DAYANA LUZ BERRIO BERRIO

C.C.52'968.062 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24095547611

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52968062	Dayana luz Berrio Berrio	Avenida 1 de Mayo # 38B - 07	4455841	dayaberry3012@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	10/02/2021	48006349	$352.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	151.500	0		0		0	0	0	0	151.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	194.000	0	0	0	0	0	0		194.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.300	0	0	7.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	151.500	151.500
Pensión	1	194.000	194.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	7.300	7.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	352.800	352.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información