

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1022357659				
CORREO ELECTRONICO:				yulism_2008@hotmail.com				CELULAR:		3053450096			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SU40									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC				SEDE:		SUR			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		K26	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				455900100260				PENSIONADO		NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0183-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP	18235	FECHA	28/03/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:		prestar apoyo como auxiliar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de las SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento de las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No 0077-2017 suscrito al fondo financiero distrital de salud							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	4	2018		30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.613.395							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%				\$0			

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$4.840.185
VALOR EJECUTADO	\$4.840.185
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.613.395
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.844293, 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
1011807049	\$781242	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	 YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
---	---

BOGOTÁ, D.C.

ABRIL

2018

CUENTA DE COBRO

3

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

NIT 900.959.048-4

DEBE A

YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR

CC. N°

1022357659 DE BOGOTÁ

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0183-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR:

30

DIAS

TOTAL COBRO:

UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS
MONEDA CORRIENTE

TOTAL: \$ 1.613.395

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

A consignar el valor correspondiente

DAVIVIENDA 455900100260

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K26	100%	\$ 1.613.395
TOTAL	100%	\$ 1.613.395

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT (\$44,603,000)		X

CORDIALMENTE,

Yuli Paola Socha M

YULI PAOLA SOCHA MUNEVAR

1022357659 de bogota

yulism.2008@hotmail.com

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	2	
		03/04/2017	
		04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	US40	Sede:	PAPS 11 PUENTE ARANDA														
No. DE CONTRATO:	0183-2018	Periodo 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>4</td> <td>2018</td> <td></td> <td>30</td> <td>4</td> <td>2018</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	4	2018		30	4	2018
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año											
1	4	2018		30	4	2018											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	july paola socha munevar	C. C.	1.022.357.659 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 AUXILIAR DE ENFERMERIA 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
Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaría Distrital de Salud, específico para el PAI.	si	Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato.	Se cumple con el manual de convivencia con calidad oportuna y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud.
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.	si	Alistamiento de termos y paquetes fríos para la jornada diaria.	Realizar alistamiento de termos y paquetes fríos para desarrollar el cumplimiento de cadena de frío según lineamientos.
Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar.	si	en el mes de ABRIL se mantiene el área de trabajo en condiciones óptimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas.	Se realiza sanitización al finalizar la actividad del termo y elementos de vacunación durante el mes de ABRIL.
Realizar actividades de auxiliar de enfermería intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la Institución.	si	Se realizó actividad de seguimientos en la localidad de bosa en el mes de ABRIL.	Se realizó oportunamente la actividad de seguimientos en la localidad de bosa en el mes de ABRIL.
Informar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia.	si	Al iniciar la actividad se hace verificación de los formatos a diligenciar y según la necesidad de los insumos y elementos requeridos para realizar la actividad que esta programada se hace la solicitud al líder del área.	Al terminar la actividad se entrega sis 150, carnes de niños y adultos, jeringas, algodón, agua esteril, contenedores de paredes rígidas, bolsas roja gris y verde, supragel, jabon quicridal
Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área vigentes.	si	se realiza las actividades de vacunación según lineamientos de la secretaria de salud teniendo en cuenta la población objeto PAI según los protocolos del área vigentes.	Se realizó con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunación.
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	si	Se diligenció sis 150, carnes niños y adultos, aplicativo PAI en tiempo real y completo.	Se entrega de manera clara, completa y oportuna cada uno de los soportes como sis 150.
Educación al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE.	si	Se brinda a la comunidad durante el desarrollo de las actividades educación sobre la importancia de continuar con los diferentes programas de promoción y prevención.	Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promoción y prevención.
Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida.	si	Se maneja el manual de bioseguridad, los cinco correctos y se da educación a cada uno de los usuarios brindando una atención segura.	Dar cumplimiento a la educación requerida para los usuarios, aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguridad.
Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa.	si	Verificar y interpretar según la normatividad vigente cada carne de niños y adultos para así realizar el procedimiento correspondiente a vacunación.	Se realiza lectura de cada uno de los carnés debidamente diligenciados a cada uno de los usuarios vacunados.
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.	si	Se realizó para el cumplimiento de metas en puntos extramurales e intramural durante el mes de ABRIL.	aplicación total de dosis de HB 5, total de 2das dosis de pentavalente -2, total de 3ras de pentavalente y Antipolio - 1, total de Refuerzo de 18 meses -4, total de refuerzo de 5 años 1, total de influenza de adulto total fiebre amarilla 700
Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud.	si	Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud.	Se da a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable y colaborativa.
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.	no	Se asiste a reuniones programadas en el mes de ABRIL.	Se asistió a las reuniones según programación y soporte en listados de asistencia.
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital.	si	Se realiza absoluta reserva de la información que se da a conocer en el desarrollo de las actividades.	Se guarda absoluta reserva de la información conocida en cada una de las actividades desarrolladas y relacionadas con el hospital.
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.	si	Se aplicó los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes de ABRIL.	Se garantizó el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI aplicando los lineamientos del programa.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.613.395 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

	Fecha: 03/04/2018 Firma de recibido Supervisor: Jenny Arango Arango
july paola socha munevar C.C 1022357651	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.	

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2018-04-16, 10:46:09 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2018
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2018
Empresa	YULI PAOLA SOCHA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022357659
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8881654200 / 1011807049
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 258.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 125.000	\$ 300
N901097473	EPS044	MEDIMAS EPS	1	\$ 97.700	\$ 300
N800256161	14-28	ARP SURA	1	\$ 19.100	\$ 100
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 15.700	\$ 100

SubTotales: \$ 257.500 \$ 800
Total a Pagar: \$ 258.300

