DOCUMENTO EQUIVALENTE **03/2021**

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

NIT: 900.959.048-4

**DEBE A:**

**KAREN LORENA MORENO ROMERO**

**C.C 1.031.179.658 DE BOGOTA**

La suma de **3.135.960 (tres millones ciento treinta y cinco mil novecientos sesenta pesos M/C),** por concepto de: **prestación de servicios como TERAPEUTA RESPIRATORIA, en el área de unidad de cuidados intensivos área COVID 19 de la USS Kennedy** durante el periodo **1 de MARZO al 31 de MARZO del 2021** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1663-2021**.

Karen Moreno

**KAREN LORENA MORENO ROMERO**

**C.C 1.031.179.658 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS SCOTIABANK COLPATRIA**

**NUMERO 4662036141**

Escaneado con CamScanner

| 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: | KAREN LORENA MORENO ROMERO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.031.179.658 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | camilor_199916@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3204844072 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KENNEDY | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | REHABILITACION | | | | SEDE: | KENNEDY | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | M07-KE10 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | SCOTIABANK COLPATRIA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4662036141 | | | | | | | | | | PENSIONADO | No | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1663-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 2 DE 3 | | | | |
| NÚMERO DE CDP 1 | 30 | FECHA | 8/01/2021 | NÚMERO DE CRP 1 | 12118 | FECHA | 31/01/2021 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TERAPEUTA RESPIRATORIA | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 3 | 2021 | | 31 | 3 | 2021 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES - HORA 16,860 | $3.135.960 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | ASISTENCIAL | RESERVA DE GLOSA 0% | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: Se anexa el pago de seguridad social correspondiente al mes de febrero, el cual se pago sobre el 40% de $5,137,740 correspondientes a 174 horas.

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $16.740.000 |
| VALOR EJECUTADO | $8.273.700 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.135.960 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $8.466.300 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 49% |

**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 SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9417271664 | $2.055.096 | $256.900 | $328.900 | 3 | $50.100 | $635.900 |

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

Claudia Penagos

**CLAUDIA PENAGOS NOVOA**
**SUPERVISOR**

Karen Moreno

**KAREN LORENA MORENO ROMERO**
**CONTRATISTA**



Escaneado con CamScanner

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 |
| Fecha de aprobación | 1/07/2020 |
| Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**Ubicación del Servicio:** UNIDAD DE KENNEDY

**Sede:** KENNEDY

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 1663 - 2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 3 | 2.021 | | 31 | 3 | 2.021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | KAREN LORENA MORENO ROMERO | | **C. C.** | 1.031.179.658 | | **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 Terapeuta Respiratoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos :** SI __ NO ___ **Servicios:** SI _X_ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| **OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA** se obliga con el **CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades:** 1. Cumplir las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna del E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes del sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control Interno, acorde a las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de cooperación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el mejoramiento de la calidad, Sistema único de Acreditación y Sistema de información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la tensión, Transformación cultural. Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas Gerenciales, acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos, definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que allá lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridos por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contra actuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presentes en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. EL CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E., que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de servicios de salud Suroccidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. EL CONTRATISTA cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contra actual. **PARAGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S.** | 100% | Se realizo la valoracion de cada paciente con calidad; se realizaron registros en la historia clinica de acuerdo al diagnostico, el formato de historia clinica institucional, toma de muestra de gases arteriales y/o venosos, toma de muestras respiratorios. | **Sistema de informacion del Paciente.** |
| | 100% | Se brindo atencion oportuna en los aspectos de evaluacion, tratamiento y seguimiento a los pacientes que requieran el servicio a nivel hospitalario como tambien atencion por consulta externa. | **Libro de entrega de turno.** |
| | 100% | Se realizo diligenciamiento completo, legible y oportuno de la historia clinica dando cumplimiento a la resolucion 1.995 de 1999. | **Registro de historia clinica.** |
| | 100% | Realiza las actividades de promocion de la salud y la prevencion de la enfermedad atendiendo las directrices institucionales. | **Sistema de informacion del Paciente.** |
| | 100% | Se diligenciaron completamente los registros de atencion con las actividades realizadas en el punto de atencion y se entregaron oportunamente para alimentar los sistemas de informacion institucionales y de los pacientes que requirieron atencion prioritaria y urgente. | **Registro de historia clinica.** |
| | 100% | Se realizaron actividades de promocion y prevencion de la enfermedad respiratoria aguda y re realizaron las actividades incluidas dentro de los convenios docente-asistenciales y de investigacion que se programaron en el servicio, como en la institucion. | **Implementacion de estrategia ERA,educacion al paciente y/o cuidador** |
| | 100% | Se realizo reporte de eventos e incidentes, elaborando y controlando adecuadamente los pedidos de material e insumos necesarios para la prestacion del servicio. | **Sistema de informacion del Paciente.** |
| | 100% | Se realizo informe de gestion oportuno al surpervisor del contrato, dando a conocer las novedades e irregularidades presentadas en el servicio durante este periodo. | **Reporte mensual de procedimientos con el informe de gestion.** |
| | 100% | Se particpo activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institucion en el proceso de acreditación, que hicieron parte al mejoramiento continuo de entidadad. | **Se participo en las actividades de humanizacion durante el mes de Marzo.** |
| | 100% | Se hizo control de.insumos y solicitud de los mismos de acuerdo a las pautas de seguridad del paciente, cambios de equipo de aerosolterapia entre otros utilizados de manera individual por los pacientes. | **Recibo de pedido de insumos y reporte en Kardex.** |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR : $3,135,960 (TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS. M/C)**

Karen Moreno.

**NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN LORENA MORENO ROMERO 1031179658**

Claudia P Penagos N.

Fecha : Marzo de 2021, Firma recibido supervisor: CLAUDIA PENAGOS NOVOA

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

Escaneado con CamScanner