| 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: | Barbara Midelys Regueiferos Goyes | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | | C.E | x | NO. | 322955 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | nidelysc25@gmail.com | | | | CELULAR: | 3157541843 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | CO03 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | GINECOLOGIA | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO03I03 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | Banco Caja Social | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24051675732 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2257_2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 3 | | |
| NÚMERO DE CDP | 30 | FECHA | 8/01/2021 | NUMERO CRP | 12729 | FECHA | 31/01/2021 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios profecionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA dentrode los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE de acuerdo a las necesidades de la institución.** | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 1 | 4 | 2021 | | 30 | 4 | 2021 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA | $17.764 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | |

OBSERVACIONES: Me acogi a la retencion en la fuente del articulo 383 (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. Se realiza 186 horas normales en el mes de marzo mas excedente incremento valor hora del mes de febrero y 180 horas normales en el mes de abril.

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $9.576.954 |
| VALOR EJECUTADO | $9.485.976 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.197.520 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $90.978 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 20218494 | $1.362.029 | $170.254 | $217.925 | 3 | $33.179 | **$421.358** |

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año Dos Mil veitiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Barbara Regueiferos
BARBARA MIDELYS REGUEIFEROS GOYES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente S.E.E. | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión | 3 |
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |
| | | | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | GINECOLOGIA | | | **Sede: UNIDAD FONTIBON** | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 2257-2021 | **Periodo certificado desde el** | | Día: 1 | Mes: 4 | Año: 2.021 | a | Día: 30 | Mes: 4 | Año: 2.021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | BARBARA MILEDIS REGUEYFEROS. | | **C.C.** | 322.955 | | | **DE** | CUBA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo al requerimiento institucional.

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI __x_ NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. | 100% | Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. | ORDENES MEDICAS |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | 100% | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 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 | 100% | 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 | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido. | 100% | Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido. | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| Participar en la programación de las actividades del área | 100% | Participo en la programación de las actividades del área | CUANDO SE REQUIERA |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | 100% | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 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. | 100% | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. | CUANDO LO REQUIERA |
| Impartir instrucciones al personal a cargo | 100% | Imparto instrucciones al personal a cargo | PLAN DE ENFERMERIA |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 100% | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | 100% | Realizo los procedimientos al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio. | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | 100% | Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera mi participación. | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | 100% | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. | 100% | Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. | CUANDO SE REQUIERA |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | 100% | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | 100% | Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | FORMATO INSTITUCIONAL |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | 100% | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | CUANDO SE REQUIERA |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 100% | Participare en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | CUANDO SE REQUIERA |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 100% | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos. | CUANDO SE REQUIERA |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | 100% | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | CUANDO SE REQUIERA |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | 100% | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | SISTEMA DE INFORMACION |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | 100% | Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado | CUANDO SE REQUIERA |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | 100% | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila) |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | 100% | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | CUANDO LO REQUIERAN |

**OBSERVACIONES:**

| **TOTAL A PAGAR (Número y letras):** | $ 3.197.520 | TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE |
|---|---|---|

Barbara Regueyferos

CONTRATISTA: CC

SUPERVISOR

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CE-322955 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Período pensión: | 2021-03 | 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | 0 | 218.000 | 0 | 218.000 |
| Período salud: | 2021-03 | EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | 0 | 170.300 | 0 | 170.300 |
| Planilla Nro.: | 20218494 Tipo I | 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | 0 | 33.200 | 0 | 33.200 |
| Clase de aportante: | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fecha transacción: | 2021-04-07 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Banco: | BANCO CAJA SOCIAL | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Transacción: | 948273756 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | **GRAN TOTAL** | | | $ 421.500 |

PAGADO

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**BARBARA MILEDIS REGUEIFEROS.**

**C.E 322955 DE CUBA.**

La suma de $ 3.197.520 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como enfermera durante el periodo del 01 al 30 de ABRIL de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2257-2021

Barbara Regueiferos

**BARBARA MILEDIS REGUEIFEROS**

**C.E 322955 DE CUBA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24051675732**