| 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. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | KAREN VANNESA ARIAS SORACIPA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.030.648.816 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | KAGENTECARIBE2016@GMAIL.CO | | | | CELULAR: | 3006263577 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KE10 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URGENCIAS | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10J02-CV | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCAF | 488413415248 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5846 DEL 2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 5 DE 5 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 109 | FECHA | 26/01/2021 | NÚMERO DE CRP | 10546 | FECHA | 27/01/2021 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL DE ENFERMERÍA | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 6 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.314.572 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: INCREMENTO

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $21.754.103 |
| VALOR EJECUTADO | $21.750.294 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2.314.572 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.809 |
| 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 **$2.194,508** 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 776299439/7778005361 | $1.276.927,00 | $159.616 | $204.308 | 3 | $31.106 | $395.030 |

Dado en bogota alos dias del mes de FEBRERO del año dos mil veinti uno (2021) lo anterior para que surta el pago pertinente cordialmente

Rosa Inés León S

**ROSA LEON**

**PROFESIONAL ESPECIALIZADO**

**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Karen Arias

**KAREN VANNESSA ARIAS SORACIPA**

**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

ACTIVIDADES

| 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 | 03/04/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | UCI 4 | | **Sede:** | KENNEDY | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 4479De 2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | |
| | | | 1 | 2 | 2021 | | 28 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | KAREN VANNESSA ARIAS SORACIPA | | **C. C.** | 1.030.648.816 | | | **DE** | |

**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 co **ENFERMERIA** 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 EN |
|---|---|---|---|
| **ACTIVIDADES BÁSICAS**: 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades -2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento.-3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.-4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada.-5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. -6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales. -7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.-8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados. -9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados.-10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades. | 100% | 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades.<br>2-Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados.<br>3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos.<br>4-Asistir al paciente en sus actividades básicas | 1-Anecdotario.<br>2-Bitácora de procedimient<br>3-Bitácora de procedimient<br>4-Bitácora de procedimient |
| **REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES:** 11. Efectuar oportuna y claramente, registros de todos los cuidados de enfermería.-12.Registrar en Notas de Enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas. 13. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, escribiendo en las Notas de Enfermería su nombre claro y manteniendo identificadas las Historias Clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su nombre y sello.-14.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. 15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades. | 100% | 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente | 1-Lista de verificación |
| **RECIBO Y ENTREGA DE TURNO:** 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes. | 100% | 1-Realizar recibo y entrega de turno | 1- Libro de recibo y entrega<br>asignación diaria |
| **RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO:** 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo.-18.Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.-19.Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.-20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. | 100% | 1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio | 1-Bitácora y/o lista de verifica |
| **EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD** 22. Aplicar los principios de técnica aséptica.-23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.-24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento. | 100% | 1-Usa los elementos de protección personal.<br>2-Realiza aseo y desinfección de camas,camillas e inmobiliario de paciente. | 1-Anecdotario.<br>2-Lista de verificación aseo y |
| **MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION** 25. Vigilar e informar faltantes del inventario.-26.Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.-27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.-28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. -30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-31.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan. | 100% | 1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato.<br>2-Custodia historias clínicas de pacientes asignados. | 1-Libro de inventario.<br>2-Registro del traslado de histo<br>la unidad. |
| **CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE:** 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar enel diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización. | 100% | 1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK | 1-Formato de asistencia de capa |
| **OBSERVACIONES: 168** | | | |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2,984,352 ( DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MCT.)**

Karen Arias

KAREN VANNESSA ARIAS SORACIPA

Rosa Inés León S

ROSA LEON

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