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:	JOHANNA ANDREA SANABRIA FANDIÑO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53040856						
CORREO ELECTRONICO:	johisomero@gmail.com				CELULAR:	3013373769						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Fontibon											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Medicina Interna				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	F003I06	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0550007300816217								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	84-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4				
NÚMERO DE CDP	609	FECHA	26/04/2021	NÚMERO DE CRP	25189	FECHA	30/04/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO HOSPITALARIO MEDICINA INTERNA ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2021		31	5	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$37.580									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: Solicito aplicar para efectos de retencion en la fuente según articulo 383 del ET, MARZO 108 HORAS, ABRIL 162 HORAS MAYO 162 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$27.634.220
VALOR EJECUTADO	$18.874.560
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.087.960
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8.759.660
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	68%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9419780696	$2.435.184	$304.398	$389.629	3	$59.321	**$753.349**

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

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOHANNA ANDREA SANABRIA FANDIÑO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	16/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA			Sede: UNIDAD FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	84-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2021		31	5	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANNA ANDREA SANABRIA FANDIÑO		C. C.	53.040.856		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar apoyo como PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL en el area de MEDICINA INTERNA dentro de los diferente proceso y porcedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la Institución.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento a lo estandadres de producción del servcio asignado según los tiempos establecidos por la institución	100%	cumplo con los tiempos establecidos por la institución para dar cumplimiento a los estandares de producción. Cumplir el tiempo de atención establecido por la institución para realizar evoluciones médicas y trámites de egreso hospitalario.	evoluciones, ingresos, epicrisis y papeleria de egreso.
Entregar turno según los protocolos establecidos para el servicio en el cual realice sus actividades porfesionales	100%	Verifica en cuadro de entrega de turno el Médico asignado para recibir el turno. Llegar al servicio en los siguientes horarios: 7 am - 1 pm - 7 pm, vistiendo el uniforme correspondiente al servicio y carnet institucional. Saludar al profesional de salud (médico) que entrega turno y presentarse con nombre y apellido. Saludar al paciente, presentar al médico que recibe turno. Cumplir en el transcurso del cambio de turno la adherencia a los 5 momentos del lavado de manos. Utilizar las medidas de bioseguridad de acuerdo con el aislamiento y los protocolos de la institución. Garantizar la siguiente información del usuario: nombres y apellidos completos, edad, diagnósticos, tratamiento e indicaciones médicas, examenes pendientes y/o interconsultas, tipo de aislamiento. Diligenciar de forma clara y legible el instructivo de entrega de turno.	Asistir de forma habitual según turnos programados, verifico previo a la atencion del paciente los 4 inequivocos para la identificacion, se da informacion verbal y se explica a pacientes y familaires, lavado de manos en 5 momentos, cumplimiento de normas de bioseguridad uso de bata cerrada y tapabocas, guantes etc.
Cumplir con los turmos asignados según la programacion publicada.	100%	Conoco y doy cumplimiento a la programación de turnos asignados por el líder del servicio. Informar de forma oportuna y entregar por escrito el formato de cambio de turnos.	Cumplo con mis turnos programados, en caso de requerirse cambio de turno se diligencia formato de cambio de turno, aviso a mi LIder en caso de calamidad.
Diligenciar de manera completa legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la Resolucion 1995 del año 1999.	100%	Registro de forma completa y coherente: evolución del paciente, antecedentes clínicos, tratamiento , procedimientos instaurados en el paciente, aspectos pendientes a realizar en la historia clinica sistematizada, incidentes y eventos adversos, que se presenten durante la estancia hospitalaria. Realizar de forma completa el egreso y epicrisis de forma sistematizada.	Registro completo de la historia clínica: evoluciones, referencias, epicrisis , formulas de egreso y recomendaciones.
Garantizar la información al usuario y a su familia sobre su estado de salud.	100%	Brindo información al paciente en las rondas médicas sobre su estado de salud, reportes paraclinicos, aspectos pendientes a realizar y remisiones. Brindar información clara a los familiares en los horarios de visita y /o los designados por el servicio, verificando el conocimiento y comprensión de la información.	Se brinda informacion verbal y se explica la paciente y familiar, se hace uso de la estrategia de cominución redundante, se entregan recomendaciones de egreso por escrito tambien, se explican formulas médicas.
Hacer seguimientos a los pacientes de acuerdo a los procedimientos de cada uno de los servicios.	100%	Realizo la planeación de la evolución médica, asignando responsabilidades durante el turno según disponibilidad del recurso humano. Evaluar evolución o mejoras clínicas y disminución de los riesgos, interrogar signos y síntomas, evolución, valorar nuevamente, analizar evolución del estado clínico y resultados de los procedimientos diagnósticos y/o terapeúticos. Proyectar y registrar un plan de manejo en la historia clínica	Se valoran pacientes priorizando según complejidad, se valoran los pendientes y recomendados según la recomendación de la entrega de turno.
Adherirse a las guias de manejo institucionales.	100%	Conozco las guías de manejo institucionales del servicio de hospitalización y actualización de las mismas cuando así se realice. Adherirse a los procesos establecidos en las guías de manejo para la atención médica en el servicio de hospitalización. Alertar y tomar las medidas correspondientes, en caso que no se evidencie adherencia a las guías médicas.	Conozco las guias institucionlaes, en caso de Md hospitalario, se consignan los manejo y conductas según la directriz dada por el especialista.
Cumplir y vigilar la adherencia de asepsia y antisepsia y adherencia al del manual de Bioseguridad.	100%	Me adhiero a los cinco momentos de lavado de manos, durante el desempeño de las actividades en el servicio de hospitalización. Conocer el manual de bioseguridad de la institución y adherirse a los procesos que se describen.	me adhiero a manula de bioseguridad, lavado de manos se hacen observaciones a pares y dem´s compañeros de trabajo en caso de detectar alguna falla.
Diligenciar los formatos de notificacion obligatoria eventos adversos e infecciones intrahospitalarias	100%	Conoco los eventos del servicio de urgencias, que requieren de notificación y reportar de forma oportuna. Garantizar el diligenciamiento completo y veras de la información solicitada en las fichas de notificación. Asegurar la entrega de las fichas de notificación al jefe de turno y/o auxiliar del servicio de epidemiología para el posterior seguimiento.	en los caso pertinentes diligencio formatos de notificacion obligatoria, certificados de defunción oportunamente.
Cumplir con las normas, procedimientos y manules establecidos por la institucion.	100%	Conocer y adherirse a las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución y la actualización de las mismas cuando así se realice. Alertar y tomar las medidas correspondientes, en caso que no se evidencia adherencia.	cumplimiento con adherencia.
Realizar las acciones necesarias que garanticen la aplicación de cadena de custodia en los casos que se requieran.	100%	Identifico y realizo las acciones que garanticen la adecuada aplicación de la cadena de custodia. Informar a la jefe de turno y/o persona correspondiente para garantizar el mantenimiento de la cadena de custodia.	no aplica habitualmente.
Realizar la referencia y contraferencia con se requiera, dentro de las estrategea de redes de servcios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	100%	Diligencio de forma oportuna y completa el formato de referencia y contra referencia cuando se requiera. Informar al usuario y sus familiares, acerca del proceso de referencia y contrareferencia. Realizar la actualización del formato de referencia y contrareferencia, cuando así se requiera.	se realizan los formatos de refernecias completos y oprotunamente
Todas las demas actiiades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato.	100%	Mantengo la disposición para realizar las actividades asignadas por el supervisor del contrato y a fines. Conocer los procesos y adherirse a los mismos del área de trabajo asignada, según corresponda.	con disposición a colaborar en actividades en pro de la mejora continua
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidad oportunidad y de otra indole que tenga responsabilidad el contratista.	100%	Asumire el 100% de la glosa generada por la firma interventora, según corresponda.	No aplica, pues ya no hay retención por glosa.

OBSERVACIONES: ENERO 48 HORAS MARZO 108 HORAS, ABRIL 162 HORAS MAYO 162 HORAS

$6087960 SEIS MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M-CTE

Fecha :

Johanna Sanabria

SUPERVISOR:

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53040856		SANABRIA FANDIÑO YOHANNA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 17 A # 93 - 4 PT 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1236549	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-04	2021-04	987902446	9419780696	I	2021/05/13	2021/05/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$753,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,435,184	$389,700			$2,435,184	$304,400			$0	$0			$2,435,184	$59,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,435,184	$389,700			$2,435,184	$304,400			$0	$0			$2,435,184	$59,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,435,184	$389,700			$2,435,184	$304,400			$0	$0			$2,435,184	$59,400		$0	$0
1	CC 53040856	SANABRIA YOHANNA	231001	30	$2,435,184	$389,700	EPS008	30	$2,435,184	$304,400		0	$0	$0	14-11	30	$2,435,184	$59,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,435,184	$389,700			$2,435,184	$304,400			$0	$0			$2,435,184	$59,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53040856		SANABRIA FANDIÑO YOHANNA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 17 A # 93 - 4 PT 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1236549	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	987902446	94197806996	1	2021/05/13	2021/05/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$753,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$389,700	$0	$0	$389,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$389,700	$0	$0	$389,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$59,400	$0	$0	$59,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$59,400	$0	$0	$59,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,400	$0	$0	$304,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$304,400	$0	$0	$304,400
TOTAL				1	$753,500	$0	$0	$753,500

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOHANNA ANDREA SANABRIA FANDIÑO

C.C 53040856 DE BOGOTA

La suma de $6087960, por concepto de: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS COMO MEDICO GENERAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL, durante el periodo del 1 al 31 de MAYO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 84 - 2021

Johanna Sanabria

JOHANNA ANDREA SANABRIA FANDIÑO

C.C 53040856 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550007300816217