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			7			
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NUMERO CRP		36359	FECHA	30/06/2021		
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	8	2021		31	8	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA	$17.764									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: (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 180 horas normales en el mes de julio y 192 horas normales en el mes de agosto.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22.808.976
VALOR EJECUTADO	$22.595.808
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.410.688
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$213.168
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
21146035	$1.279.008	$159.876	$204.641	3	$31.157	**$395.674**

Dado en Bogotá en el mes de AGOSTO 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

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	GINECOLOGIA						Sede: UNIDAD FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	2257-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	8	2.021		31	8	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): $ 3.410.688 TRES MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Barbara Regueyferos

CONTRATISTA: CC

SUPERVISOR

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	BARBARA REGUEIFEROS
IDENTIFICACION:	CE-322955
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-08-10
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-08-12
FECHA DE PAGO:	2021-08-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2021-07
PERIODO SALUD:	2021-07
NUMERO PLANILLA:	21146035
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	21146035
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.279.008	$ 0	$ 0	$ 0	$ 159.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.279.008	$ 0	$ 0	$ 0	$ 204.700
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.279.008	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 395.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/09/2021

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 $ 3.410.688 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como enfermera durante el periodo del 01 al 31 de AGOSTO 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