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:	PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.032.490.396							
CORREO ELECTRONICO:	paulacblancog@hotmail.com				CELULAR:	3134524702							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**FONTIBON**								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA - UCI				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO03I06-CV19	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0.550488405500825								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7054-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1			
NÚMERO DE CDP	1325	**FECHA**	27/08/2021	**NÚMERO DE CRP**	47913	**FECHA**	1/09/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar apoyo como Profesional como MEDICO HOSPITALARIO, 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.**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2021		30	9	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$31.862									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 0 %								

OBSERVACIONES: HORAS SEPTIEMBRE 180

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.926.332
VALOR EJECUTADO	$5.735.160
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.735.160
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$191.172
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 $ 2.371.315 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL 2,436%	TOTAL APORTES
	$0	$0	$0	3	$0	**$0**

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

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital 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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA - UCI				**Sede: UNIDAD FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	7054-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			01	09	2021		30	09	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ		**CC**	1.032.490.396			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar apoyo como MEDICO GENERAL HOSPITALARIO en el area de MEDICINA INTERNA - UCI, 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, 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 lider 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 Líder 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 sintomas, evolución, valorar nuevamente, analizar evolución del estado clinico 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 asi 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 notitication 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 asi 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 asi se requiera.	Se realizan los formatos de refernecias completos y oprotunamente
Todas las demas activiades 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: 196 **HORAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE**

OBSERVACIONES:	**$**	5.735.160	**CINCO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE**

Paula Blanco G

CONTRATISTA:PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ - C.C.# 1.032.490.396

SUPERVISOR: RODOLFO DUARTE CELY

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

Fecha : SEPTIEMBRE 2021

Aliansalud eps

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el señor(a) PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ identificado con CC N° 1032490396 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato N° F238181032490CC1032490396, con vigencia desde: 20/8/2021 hasta 31/12/2050.

La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

NB	Idenificación	Nombre y apellidos	Edad	Semanas cotizadas	Fecha de afiliación	Fecha de vencimiento	Estado	Cotizante
1	CC 1032490396	PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ	24	0	20/8/2021	31/12/2050	Vigente	Si

Se expide en BOGOTA el día 13 de septiembre de 2021

Firma autorizada
Oficina 271 OFICINA INTERNET COLMEDICA

Esta certificación no es valida para traslado entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032490396,** se encuentra afiliado/a desde **19/08/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de septiembre de 2021.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ARL | sura

Medellín, 13 de septiembre de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032490396 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/09/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10324903962125648772

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/09/2021 1.32 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ

C.C 1.032.490.396 DE BOGOTA

La suma de $ 5.735.160, por concepto de Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina Interna y UCI en el periodo del 01 al 30 de SEPTIEMBRE de 2.021, de conformidad con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios No. 7054 - 2021.

Paula C Blanco g.

PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ

C.C 1.032.490.396 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 0550488405500825

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **11/08/2021**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor PAULA CAROLINA BLANCO GONZALEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1032490396**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488405500825**
Fecha de apertura	**20/05/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA