| 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: | OLGA ESTER ALVAREZ ESQUEA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 57.427.328 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | OALVAREZQUEA@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3178076095 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | UNIDAD TINTAL | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | HOSPITALIZACION | | | | SEDE: KE11 | | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE11I05 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 55970059149 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA | 2060-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 8 DE 8 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1307 | FECHA | 24/08/2021 | NÚMERO DE CRP | 47180 | FECHA | 31/08/2021 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 9 | 2021 | | 30 | 9 | 2021 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.084.616 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | VALOR GOSAS 0% | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: 180 HORAS MES + 36 HORAS ADICIONALES | | | | | | | | | | | |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $21.830.562 |
| VALOR EJECUTADO | $14.727.426 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.084.616 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $7.103.136 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 95% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1040221867 | $908.526,00 | $112.566 | $145.364 | 3 | $22.132 | **$281.062** |

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

Cordialmente,

**AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ ( E )**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**OLGA ESTER ALVAREZ ESQUEA**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | HOSPITALIZACION PEDIATRIA | | | Sede: KE11 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 2060-2021 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | 1 | 9 | 2.021 | | 30 | 9 | 2.021 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | OLGA ESTER ALVAREZ ESQUEA | | C. C. | 57.427.328 | | | DE | SANTA MARTA | | |

**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 como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| **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. | 95% | 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades.<br>2-Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para examenes especiales y/o medios diagnosticos 4-Asistir al paciente en sus actividades basicas | 1-Anecdotario<br>2-Bitacora de procedimientos<br>3-Bitacora de procedimientos<br>4-Bitacora de procedimientos |
| **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 | 90% | 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente | 1-Lista de verificacion |
| **RECIBO Y ENTREGA DE TURNO:** 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes. | 93% | 1-Realizar recibo y entrega de turno | 1- Libro de recibo y entrega de turno con asignacion 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. | 95% | 1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio | 1-Bitacora y/o lista de verificacion |
| **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. | 90% | 1-Usa los elementos de proteccion personal<br>2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente | 1-Anecdotario<br>2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion |
| **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. | 93% | 1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato<br>2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados | 1-Libro de inventario<br>2-Registro del traslado de historias clinicas de 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. | 90% | 1 Asisti a las capacitaciones virtuales | 1-Pre test y Post test de pagina de Almera |

180 HORAS MES + 36 HORAS ADICIONALES

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.084.616 ( DOS MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CT.)

YOLGA ESTER ALVAREZ ESQUEA CC 57.427.328
NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E)
Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Sonia Castellanos
3307012

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**OLGA ESTER ALVAREZ ESQUEA**

**C.C 52.427.328 DE BOGOTÁ**

La suma de $ 2.084.616 (DOS MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DIECISÉIS PESOS MCT.) por concepto de: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería, en el área de hospitalización de la USS Patio Bonito Tintal durante el periodo de 01 al 30 de septiembre de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2060-2021

**OLGA ESTER ALVAREZ ESQUEA**

**C.C 52.427.328 DE SANTA MARTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 55970059149**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-09-16, 06:37:21 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1040221867 **Referencia pago(PIN)** 8862236290

**Periodo Cotización** 202108 **Periodo Servicio** 202108

**Cliente:**

## PAGADA 2021-09-07

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | OLGA ESTER ALVAREZ ESQUEA | | | | |
| **Documento** | CC 57427328 | **Dirección** | CLL 71 SUR N° 99 A - 50 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3178076095 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 57427328 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | ALVAREZ ESQUEA OLGA ESTER | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | X | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 908.526 | 25-14 | | 16 % | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 908.526 | $ 22.200 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE

# MODULO DE HEMOVIGILANCIA : Vista: Usuario

## Usuario - OLGA ESTER ALVAREZ ESQUEA

Informe general | Usuario

| Ítem de calificación | Peso calculado | Calificación | Rango | Porcentaje | Retroalimentación | Aporta al total del curso |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **MODULO DE HEMOVIGILANCIA** | | | | | | |
| PRETEST | 50.00 % | 8.71 | 0–10 | 87.14 % | | 43.57 % |
| POSTEST | 50.00 % | 10.00 | 0–10 | 100.00 % | | 50.00 % |
| **Total del curso** | **-** | **18.71** | **0–20** | **93.57 %** | | **-** |