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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA PATRICIA ORTIZ MESTRA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1143361804						
CORREO ELECTRONICO:	olgaortiz3016@gmail.com				CELULAR:	3116033888						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	sede kennedy KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	QUIRURGICA				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	J03	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	085-441199-41								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5746 -2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1 DE 1				
NÚMERO DE CDP	1612	FECHA	28/09/18		NÚMERO DE CRP		FECHA			
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		4	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.487.408									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%					

OBSERVACIONES: 168 HORAS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.570.322
VALOR EJECUTADO	$2.487.408
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.487.408
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$82.914
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 **$1.953,105**, 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
	$1.123.128	$140.391	$179.700	3	$27.359	**$347.451**

Dado en Bogotá a los días del mes de OCTUBRE del año Dos Mil diecisiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

ANA TULIA RINCON SALCEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

OLGA PATRICIA ORTIZ MESTRA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned with CamScanner

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
Fecha de aprobación	19/02/2018
Código	04-02-FO-0002

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE QUIRURGICAS			Sede: KENNEDY						
				Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
No. DE CONTRATO:	5746-2018	Periodo certificado desde		4	10	18		31	10	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA PATRICIA ORTIZ MESTRA			C. C.		1.143.361.804		DE		CARTAGENA

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 PROFESIONAL DE 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 ENTREGADOS
1 Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar -2 Ejecutar con criterio acciones dependientes según tratamiento Médico y de Enfermería -3 Realizar procedimientos especiales 4 Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el médico tratante Usuario 5 Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio -6 Preparar y administrar mezclas, diluciones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas. - 7 Revisar Historias Clínicas, actualizar Kárdex tarjetas de droga S/normas Institucionales. - 8 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 9 Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades -10 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 -11 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 12 Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades	100%	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades 2-Revisar Historia Clinica,Actualizar,Kardex y Tarjata de medicamentos, Registra plan de cuidado 3-Supervisar y firmar las notas de enfermeria al personal a cargo	1-Anecdotario 2-Historias Clinicas Revisadas. 3-Registro de enfermeria con firma
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS CRONOLOGIA, NOMBRE FIRMA LEGIBLES Y VERACES 14 Cotejar las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo -15 Realizar los procedimientos de Enfermería, que amerten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente -16 Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato en coordinación con el interventor del mismo 17 Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas de acuerdo con lo estabiecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clinicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello -18 Custodiar y cuidar la documentacion e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustraccion destrucción, ocultamiento o utilización indebida	100%	1-Realizar los procedimientos de enfermeria asignados al profesional 2-Realizar dos auditorias mensuales de registros de enfermeria	1-Bitacora 2-Lista medicion de adherencia
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO 19 Recibir y entregar turno obteniendo y dando la información detallada sobre la actividad desarrollada con cada uno de los pacientes	100%	1-Realizar recibo y entrega de turno según procedimiento institucional 2-Realizar asignaciones del recurso humano que se tiene a cargo	1-Libro de recibo y entrega de turno 2-Formato de asignacion de actividades
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO NECESIDADES DEL EQUIPO. 20 Atender las necesidades del equipo de trabajo - 21 Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo -22 Explicar procedimientos administrativos y asistenciales al paciente y/o familia -23 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 estan obligados tanto en Servicios Ambulatorios como en Urgencias y Hospitalización - 24 Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razon de su cargo -25 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-Verificar la realizacion del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo	1-Lista de verificacion
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD 26 Aplicar los principios de técnica aséptica - 27 Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales -28 Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo segun su 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-Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad	1-Asignacion de desinfeccion 2-Verificacion terminal fin de semana diario
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS EQUIPOS E IDENTIFICACION 29 Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio manteniendo con ellos el registro de mantenimiento -30 Revisar las necesidades del servicio y mantener los elementos adecuados -31 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 -32 Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio segun los parámetros de la institución -33 Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función -34 Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo -35 Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo o su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	100%	1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clinicas de los pacientes a curso	1-Libro de inventario firmado por el profesional
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE 35 Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 36 Identificar necesidades de capacitación detras de su grupo de trabajo, promoviendo capacitaciones internas en su área	100%	1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institucion en el servicio	1-Formato de capacitacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,487,408 (DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS

OLGA PATRICIA ORTIZ MESTRA CEDULA 1143361804 CARTAGENA / BOLIVAR CONTRATISTA	Fecha dd/mm/aaaa TULIA RINCON Firma de recibido supervisor ANA

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

Scanned with CamScanner

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
CC	1143361804	ORTIZ		OLGA		2015-10	COOMEVA E.P.S. S.A.	COTIZANTE
CC	1143361804	ORTIZ	MAESTRA	OLGA	PATRICIA	2017-07	COOMEVA E.P.S. S.A.	COTIZANTE
CC	1143361804	ORTIZ	MESTRA	OLGA	PATRICIA	2018-05	COOMEVA E.P.S. S.A.	COTIZANTE
CC	1143361804	ORTIZ	MESTRA	OLGA	PATRICIA	2015-10	COOMEVA E.P.S. S.A.	BENEFICIARIO
CC	1143361804	ORTIZ	MESTRA	OLGA	PATRICIA	2018-08	SALUD TOTAL S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DIAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
SALUD TOTAL S.A.	08/2018	01/06/2018	15	COTIZANTE	4023
SALUD TOTAL S.A.	07/2018	01/06/2018	30	COTIZANTE	4023

Scanned with CamScanner

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

CARTAGENA, 30 de Agosto de 2018

Señores

A QUIEN INTERESE

Ciudad

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que OLGA ORTIZ M. identificado con Nit No 1143361804 a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco el (los) siguiente (s) producto (s):

Nombre Producto	No Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA AHORROS	85-441199-41	2015/06/24	ACTIVA

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Para confirmación de la información estamos ubicados en la CALLE 31 N° 64 - 10 Oficina Bancolombia PASEO LA CASTELLANA Tel:6591003

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Cartagena - Paseo La Castellana

CRISTIAN RAMIREZ ROBINSON
ASESOR INTEGRAL II
SUCURSAL PASEO LA CASTELLANA

* **Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 6888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia
le estamos poniendo el alma

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2 Concepto: 0 2 Actualización

4 Numero de formulario: 14331895843

(415)7707212489984(8020) 000001433189584 3

5 Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 4 3 3 6 1 8 0 4 — 3

6 DV

12 Dirección seccional

14 Buzón electrónico: 6

IDENTIFICACION

24 Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesion iliquida — 2

25 Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26 Numero de Identificación: 1 1 4 3 3 6 1 8 0 4

27 Fecha expedición: 2 0 1 0 1 1 3 0

Lugar de expedición: COLOMBIA

28 País: 1 6 9

29 Departamento: Bolivar — 1 3

30 Ciudad/Municipio: Cartagena — 0 0 1

31 Primer apellido: ORTIZ

32 Segundo apellido: MESTRA

33 Primer nombre: OLGA

34 Otros nombres: PATRICIA

35 Razón social:

36 Nombre comercial:

37 Sigla:

UBICACION

38 Pais: COLOMBIA — 1 6 9

39 Departamento: Bolivar — 1 3

40 Ciudad/Municipio: Cartagena — 0 0 1

41 Dirección principal: URB LA INDIA MZ I LT 6 SEC 13 DE JUNIO

42 Correo electrónico: olga.ortiz2015@gmail.com

43 Apartado aéreo:

44 Teléfono 1: 6 6 1 4 0 1 5

45 Teléfono 2: 3 1 0 6 4 0 7 7 4 5

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46 Código: 8 6 9 2 — 47 Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 0 3 2 8

Actividad secundaria — 48 Código: — 49 Fecha inicio actividad:

Otras actividades — 60 Código: 1: — 2:

Ocupación

51 Código: 5 3 2 0

52 Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53 Código: 1: 2 0 — 2: — 3: — 4: — 5: — 6: — 7: — 8: — 9: — 10: — 11: — 12: — 13: — 14: — 15: — 16: — 17: — 18:

20- Obtención NIT

Usuarios xduaneros

54 Código: 1: — 2: — 3: — 4: — 5: — 6: — 7: — 8: — 9: — 10:

Exportadores

55. Forma: — 56. Tipo: — Servicio: 1: — 2: — 3: — 57. Modo: — 58. CPC:

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 5 0 4 0 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada

984 Nombre: NIÑO JURADO MARLON OSWALDO

985 Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 01-04-2015 01:00:40PM

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.143.361.804

ORTIZ MESTRA

APELLIDOS

OLGA PATRICIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1992

CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-NOV-2010 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0500150-00281288-F-1143361804-20110217 0025838217A 1 35962351

Scanned with CamScanner