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:	LAURA MARCELA NIÑO ROJAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1015451558							
CORREO ELECTRONICO:	LMNINO2@FUCSALUD.EDU.CO				CELULAR:	3125248122							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	TINTAL												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS - HOSPITALIZACION				SEDE:	TINTAL							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11B05	80 %	KE11I05	20 %									
	COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4762024403								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1389 - 2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 de 8			
NÚMERO DE CDP	1308	FECHA	24/08/2021	NÚMERO DE CRP	45236	FECHA	31/08/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Medico general: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asitencial en el area de medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la subred integrada de servicios de salud SurOccidente E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2021		30	9	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.639.592									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%								
OBSERVACIONES: 168 HORAS / MES										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$49.480.706
VALOR EJECUTADO	$48.540.774
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.639.592
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$939.932
PORCENTAJE DE EJECUCION	98 %

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7809849661	$2.604.954	$325.619	$416.793	3	$63.457	**805.869**

Dado en Bogotá en el mes de Septiembre del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

AURA ALEJANDRA MURCIA PÉREZ - E
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LAURA MARCELA NIÑO ROJAS
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS - HOSPITALIZACIÓN			**Sede:** KE11						
No. DE CONTRATO:	1389 - 2021	**Periodo certificado desde el**		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	9	2.021		30	9	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA MARCELA NIÑO ROJAS		**C. C.**	1.015.451.558		**DE**	BOGOTA			

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 MÉDICO HOSPITALARIO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1- cumplir con las leyes, Decretos, Acuerdos Resoluciones, Circulares de cualquier organo externo o Reglamento interno, código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	SI	1) Cubrimiento para al programa de Atención Hospitalaria, con el fin de prestar servicios con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de Urgencias Pediatría y en el área de Hospitalización, cuando se requiera de sus servicios, con el fin de dar cumplimiento a los convenios y contratos con las diferentes entidades tales como el SOAT, ASR, FFD y EPS. De conformidad a la moral y de manera eficaz y oportuna. Receptividad y buen trato al paciente y a los compañeros, conocimiento y destreza los procedimientos del área para lo cual se hace la contratación.	Se realiza la debida atencion hospitalaria con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de urgencias pediatricas. Proceso realizados de manera eficaz y oportuna, buen trato hacia los pacientes y a los compañeros.
2. Responder por las glosas generadasen el desarrollo de las obligaciones de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar.	SI	2) Informar a la jefatura del Departamento sobre inconvenientes presentados en la prestación del servicio. Buscar y aportar soluciones para mejorar la calidad y oportunidad del mismo.	Se informaron durante el mes los inconvenientes presentados, se aportaron soluciones para mejorar la calidad.
3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente ontrato, de acuerdo con el código del buen gobiemo y ética Institucional y/o Profesional.	SI	3) Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.	Durante la atencion a cada paciente se tiene actitud de servicio, como lo indica la misión, visión y valores de la institucion.
4. Pagar sus aportes al Sistema General de Salud Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cadames.	SI	4) Ejecutar con plena autonomía técnica y cientifica el objeto relacionado de este contrato.	Se ejecuta con plena autonomía técnica y cientifica el objeto relacionado de este contrato.
5. Cumplir con las adherencias a las guías de manejo manuales instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	SI	5) Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica 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.	Se realiza atencion a pacientes en el servicio de urgencias respetando sus derechos y cumpliendo a cabalidad el código de ética médica.
6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recurss del Sistema Integrado d Gestión de la Subred Surocciente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestiódocumental y archivo Sistema Único de acreditación, Responsabilidad social , Seguridad de la Información y control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades signadas.	SI	6) Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, Urgencias, cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. El seguimiento por procedimiento debe ser realizado por el médico tratante hasta la evolución satisfactoria.	Se brinda tratamiento indicado para cada paciente, se realizan las debidas referencias a los servicios requeridos por cada paciente (interconsultas, referencias a unidades especiales)
7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorios de Garantia de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componenetes del Sistema Unico de Habilitació, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema unico de acreditación y Sistema deInformación.	SI	7) Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hóspital requiera de su intervención.	Se da participación en las debidas actividades clinicas, docentes y administrativas.
8. cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel Institucional para elmantenimiento y mejora de los Ejes del sistema Unico de Acreditación: Gestión del riesgo, humanización de la atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura. Gestión de acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	8) Llevar y presentar controles estadísticos con fines científicos, administrativos y reportar enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiología y al interventor del contrato ,recibir la capacitación en Vigilancia epidemiológica y las politicas Institucionales en uso de antibióticos . Dicha información debe ser consolidada y presentada al interventor como soporte para la certificación de actividades.	Se diligencian fichas epidemiologicas según sea el caso.
9. Cumplir con las politicas gerenciales, Acuerdos Intitucionales, Protocolos éticos, Planes , Programas, Procesosy Procedimientos definidos en el marco de operación de la subred surocciente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	9) Llenar a cabalidad los formatos de las historias clínicas, reportes de estudios deacuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la institucion respaldando toda actuación con su firma y sello.	Se diligencian formatos de historia clinica de forma completa.
10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los organos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. de auditoria y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello.	SI	10) Realizar interconsultas que le fueren solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solución pronta de la patología que aqueja al paciente.	Se solicitan las interconsultas a los diferentes servicios que requieran los pacientes durante la atención.
11. Preparar y presentar informes , solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por lasentidades públicas oprivadas, dentro de los terminos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismo.	SI	11) 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.	Se da conocimiento a los grupos biomedico y de sistemas de inconvenientes presentados en los equipos.
12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el contratante y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.	SI	12) Anexar la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contrato mensualmente. No obstante lo anterior, el CONTRATISTA responderá civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de ley.	Se anexan a esta cuenta de cobro el pago correspondiente a seguridad social.
13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimi del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignidades.	SI	13) Responder y resarcir en forma oportuna al usuario y entes de control ante los requerimientos interpuestos por fallas atribuibles a la prestación del servicio del contrato pactado.	Se realiza atencion oportuna a pacientes.
14. El contratista se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la ESE., que comprometa el buen nombre de la subred Integrada de Servicios de Salud sur Occidente ESE. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso.	SI	14) Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.	Se comentan diferentes casos con el servicio de trabajo social, para evitar barreras de atencion generadas por el sistema.
15. en caso de ser asignado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve.	SI	15) Ejercer las demás obligaciones afines al objeto de la contratación.	Se brinda a familiares indicaciones de manejos ambulatorios con claridad.
16, el Contratista , cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser concecuencia lógica de la misón médica.	SI	16) 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.	Se realizan procedimientos de trabajo seguros, siguiendo las indicaciones de nuestro medico de salud ocupacional.
17, Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. PARAGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA AUTORIZA AL Contratante a solicitar información sobre el estado de cuenta de Fondo de Pesiones y EPS.	SI	16) En caso de presentarse glosas durante el proceso de recaudo, el Hospital revertirá al contratista si comprueba que existió culpabilidad por parte del contratista.	Se da cumplimiento a las labores indicadas en el contrato.

OBSERVACIONES: 168 HORAS / MES

TOTAL A PAGAR $5,639,592 (CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE)

Laura Marcela Niño R.

LAURA MARCELA NIÑO ROJAS CC 1015451558

DEL CONTRATISTA

FIRMA

Aura Alejandra Murcia P.

AURA ALEJANDRA MURCIA PÉREZ

SUPERVISOR

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1015451558
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	LAURA MARCELA NIÑO ROJAS NIÑO ROJAS		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 3 NO 78B 62	TELÉFONO:	6088427
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7809849661**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:	AÑO:	2021	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/09/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1122731846		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 416.800
SUBTOTAL:			1	**$ 416.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 325.700
SUBTOTAL:			1	**$ 325.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 63.500
SUBTOTAL:			1	**$ 63.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 806.000**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LAURA MARCELA NIÑO ROJAS

C.C 1015451558 DE BOGOTÁ

La suma de $5,639,592 (cinco millones seiscientos treinta y nueve mil quinientos noventa y dos pesos m/cte), por concepto de prestación de servicios como médico general en el área de urgencias y hospitalización de la USS Patio Bonito Tintal durante el periodo del 1 de septiembre al 30 de septiembre de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1389-2021.

Laura Marcela Niño R.

Laura Marcela Niño Rojas

C.C. 1015451558 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO COLPATRIA

NUMERO 4762024403

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	LAURA MARCELA NIÑO ROJAS
Identificación:	1015451558
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	lmnino2@fucsalud.edu.co
Fecha Declaración:	25/08/21 0:00

El servidor Público o colaborador, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales, reales o aparentes, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con un interés particular. De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con mi interés particular.

De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

MODULO DE HEMOVIGILANCIA : Vista: Usuario

Usuario - LAURA MARCELA NIÑO ROJAS

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
MODULO DE HEMOVIGILANCIA						
PRETEST	50.00 %	9.29	0–10	92.86 %		46.43 %
POSTEST	50.00 %	10.00	0–10	100.00 %		50.00 %
Total del curso	-	**19.29**	**0–20**	**96.43 %**		-

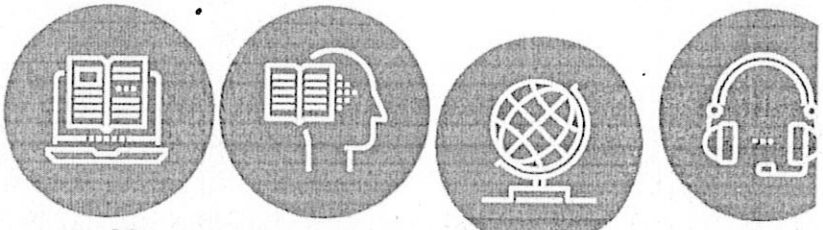
MODULO DE HEMOVIGILANCIA
Participantes
Insignias
Competencias
Calificaciones
ASPECTOS GENERALES DE LA HEMOVIGILANCIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA TRANSFUSIÓN
BUENAS PRACTICAS EN EL CICLO TRANSFUSIONAL
LOS 7 CORRECTOS EN LA TRANSFUSIÓN SANGUINEA

PAHO VIRTUAL CAMPUS FOR PUBLIC HEALTH

Laura Niño

Home

Welcome to the Virtual Classroom of Massive Open Online Courses of Public Health



Self-learning courses | Courses with tutoring | Countries courses | Call for application & upcom

My courses

Curso virtual
sobre el correcto llenado
del Certificado de Defunción

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT 900959048

CITA MEDICA

INFORMACIÓN PACIENTE

PACIENTE	**JORGE NIÑO DIAZ**	**SEXO**	Masculino
IDENTIFICACIÓN	19154216	**EDAD**	69 Años \ 7 Meses \ 16 Días
TELEFONO	3125248122	**TIPO AFILIADO**	Ninguno
CLASE CITA	Primera_Vez		

INFORMACIÓN CITA MEDICA

CONSECUTIVO	5695305	**FECHA DE ASIGNACIÓN**	15/09/2021 01:39
FECHA DE CITA	**viernes, 17 de septiembre de 2021 9:20 a.m.**	**CONSULTORIO**	**CONS. 209 MEDICINA ESPECIALIZADA**
MEDICO	**CORREA CAICEDO JOSE ALFREDO**	**ESPECIALIDAD**	**ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA**
CENTRO ATENCION	USS 51 ZONA FRANCA		
DIRECCION	CARRERA 106 # 15 A -32		
ACTIVIDAD	**CONSULTA PRIMERA VEZ ORTOPEDIA INDIVIDUAL**	**TIPO CITA**	Normal
ASIGNACION	Personal	**ESTADO CITA**	Asignada

OBSERVACIONES

1. **Para facturar su cita presentarse con los documentos y autorización 30 minutos antes en la ventanilla de facturación.**
2. **Ahora pedir su cita es más fácil 3078181 "línea de todos". Horario de Lunes a Sabado de 6:00 AM a 8:00 PM o al CHAT VIRTUAL en la página www.subredsuroccidente.gov.co.**
3. **Señor Usuario si requiere cancelar su cita puede realizarlo con dos horas de anticipación así: • Presencial: en las ventanillas de facturación**

Líneas para cancelación de citas, telefonos: 4399090 EXT- 4700 (Marcar Teléfono luego Extensión) , 3078181 y linea gratuita en Bogotá 01-8000 118181
Para facturar Presentarse 30 minutos antes.

Nombre reporte : CMRPCitaMedica

ASIGNO 1016078903 - KEVIN LIBARDO SANDOVAL ROMERO