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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YINSO ALBEIRO ORTIGOZA RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	83248876							
CORREO ELECTRONICO:	albeiroortigoza1985@hotmail.com				CELULAR:	3132686060							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	FONTIBON F003							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	B03	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	132100033								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3486-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1					
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	11962	FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		6	2	2018		28	2	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA	$8.475									
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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.466.325
VALOR EJECUTADO	$1.169.550
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.169.550
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.296.775
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	26%

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 **$1.844.293**, 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
1011295305	$781.242,00	$97.655	$124.900	3	$19.031	**$241.685**

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

Cordialmente,

Claudia Benavides

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Yinso Albeiro Ortigoza

YINSO ALBEIRO ORTIGOZA RODRIGUEZ

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	7	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-07-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS						Sede: UNIDAD FONTIBON						
							Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
No. DE CONTRATO:	3488-2018	Periodo certificado desde el					6	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YINSO ALBEIRO ORTIGOZA RODRIGUEZ						C. C.		83.248.876		DE	BOGOTA	
OBJETO DEL													

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Participar activamente con experiencia y conocieminetos tecnicos con el equipo interdisciplinario de salud en consultorio, urgencias, salas de cirugia, y hospitalizacion en los diversos procedimientos y notificaciones en forma permanente.	SI	Realizo actividades propias competentes cono tecnico auxiliar de enfermeria ene l servcios asignado que garantice el cuidado intergral al paciente	
Tomar y registrar de manera sistemica los signos vitales de los pacientes asignados de acuerdo a la orden medica y avisar inmediatamente cufaquier alteracion de los mismos.	SI	Realizo la toma y registro de signos vitales de acuerdo a la condicion del paciente y noticfico de manera oportuna hallaszgos que permitan la toma de desiciones en su tratamiento.	
Realizar cuidados de enfermeria de baja y media complejidad asignada y según el plan de enfermeria .	SI	Realizo la ejecucion del plan de enfermeria establecido por el jefe del servcio y genero actividades del cuidado diario del paciente que se requieran	
Informar y notificar oportunamente situaciones de riesgo de los pacientes asignados	SI	Realizo la notificacion oportuna de los cambios que se evidencien durante la ejecucion de mis actividaes diarias.	
Asistir en forma puntual al cambio de turno para recibir y entregar los pacientes de la misma forma los equipos bajo su responsabilidad.	SI	Participo de manera proactiva y asertiva en Entrega de Turno adhiriéndose al Protocolo de Entrega de turno y realizo el inventario correspondiente del servcio.	
Administrar los medicamentos que por la complijidad del paciente le hayan sido asignados.	SI	Realizo la administracion de los medicamentos ordenados según el tratamiento ordenado por el medico tratante con previa verificacion de los 10 correcro y los yo consientes.	
diligenciar de manera completa legible y oportuna la historia clinica dando cuplimiento a la Resolucion 1995 del 1999.	SI	Realizo la consignacion de los registros clinicos como notas de enfermeria, actividades diarias, control de liquidos administrados y eliminados, toma de laboratorios clinicos, glucometrias, PVC	
Propender por las buenas realciones con todos el equipo de salud.	SI	Mantengo buenas relaciones laborales y una comunicación arcertiva que permite un adecuado trabajo en equipo	
Participar activamente en las convocatorias de las diferentes actividades administrativas y de capacitacion hechas por la institucion.	SI	Asisto de manera activa a las diferentes convocatorias de reuniom, capacitacion. Talleres programados por la Institucion.	
Adherirce a las guias de manejo institucionales.	SI	Conozco y coloco en practica las diferentes guias de manejo institucionales para la realizacion de procedimientos.	
Cumplir y vigilar la adherencia a la tecnica de asepcia y antisepcia y adherencia al manual de bioseguridad.	SI	Realizo todas las medidas de prevencion y control de infecciones intra hospitalarias como lavados de manos, asislamientos, y tecnica aseptica, ademas de palicar las barreras para la prevencion de eventos adversos.	
Diligenciar los formatos de notificacion obligatoria eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.	SI	Registro los eventos presentados y notifico a quien corresponda su verificacion y seguimiento.	
cumplir con las normas y procediemtos establecidos en los manuales y reglamentos de la institucion.	SI	Doy cumplimiento de manera permanente a los manuales y reglamentos institucionales.	
Realizar las acciones necesarias que garanticen la plicacion de cadena de custodia en los caso que se reaquieran	SI	Realizo apoyo al medico y/o jefe del servicio para garantizar la cadena de custodioa según demanda.	
Alimentar permanentemente los sistemas de informacion que esten a su cargo y mantenerlos al dia.	SI	Realizo el registro oportuno en los diferentes formatos que sean requeridos por el servicio para mnatener el sistema de informacion vigente (libros,Inventarios,certificados, laboratorios,etc)	
Presentar las evaluciones trimestrales programadas por el hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	SI	Participo en las diferentes convocatorioas realizadas por la institucion para reentremamiento en puesto de trabajo	
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato.	SI	Mantendre toda la disposicion para ejecutar las actividades asignadas por el supervisor del contrato o jefe inmediato según se requiera	
Asumir al 100% la glosa que se generada por la firmas interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidada oportunidada o de otra indole que tenga responasabilidada el contratista	SI	Asumire el 100% la glosa que genere según los informes de las firmas interventoras	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 1169550) UN MILLON CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CIENCUENTA PESOS M/CTE

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Claudia Bernardes

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL 83248876

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-02-14, 12:50:55 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1011295305

Periodo Cotización: febrero de 2018 **Periodo Servicio:** febrero de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8887168950

PAGADO 14/02/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YINSON ALBEIRO ORTIGOZA RODRIGUEZ		
Documento	CC83248876	**Dirección**	CLL60SURN78B41
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7794590
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	ORTIGOZA RODRIGUEZ YINSO ALBEIRO	**Identificación**	CC 83248876
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APO	Días CPO	Días CCO	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 83248876	YINSO ALBEIRO ORTIGOZA RODRIGUEZ	57	00																	1	30	30	30	(COD01) PROTECCION SAFC - PROTECCION	$ 781,242	$ 125,000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 781,242	$ 97,700	2.436	$ 781,242	$ 19,100	(NaN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241,800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781,242	$ 781,242	$ 781,242	$ 0	$ 125,000	$ 97,700	$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241,800	$ 0	$ 241,800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!