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:	JHON WILLIAN TORRES ACOSTA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	72334866							
CORREO ELECTRONICO:	jhontorresa@hotmail.com				CELULAR:	3015081830							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO				SEDE:	Fontibon Cami II							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	J05	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	17869647896								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO,3444-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1		
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	01/12/2018	NÚMERO DE CRP	11727	FECHA	05/02/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO ,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	
		5	2	2018		28	2	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA	$15.599								
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:	12,341,928
VALOR EJECUTADO	4,305,324
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.305.324
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8.036.604
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	31%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8476183761	$1.722.000,00	$215.250	$275.520	3	$41.948	**$532.718**

Dado en Bogotá a los (XXX) días del mes de febrero del año Dos Mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Benavides

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jhon Torres A

JHON WILLIAN TORRES ACOSTA
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO				Sede: UNIDAD FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	3444-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JHON WILLIAN TORRES ACOSTA	C. C.	72.334.866			DE	BARRANQUILLA		

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 com ENFERMERA 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
Dar cuidado directo al paciente que por su condicion clinica lo requiera y delegar en el personal auxiliar aquellos cuidados que pueden ser realizados por este.	SI	Se brindó cuidado al paciente teniendo en cuenta su condición de salud, sus comorbilidades y factores asociados por medio del plan de enfermeria, se realiza asignación de actividades del servicio relacionadas con la atención del paciente al personal auxiliar de enfermeria teniendo en cuenta la demanda del servicio	
Revisar, visar y ejecutar las Ordenes Medicas registradas en las Historias Clinicas por el Medico Tratante.	SI	Se realizó la revisión de historias clínicas a diario y según nuevas ordenes medicas durante el turno, y se dio cumplimiento a ellas, garantizando la oportunidad y calidad en la atención.	
Suministrar y controlar los medicamentos ordenados como tratamiento de los pacientes.	SI	Se administró y registró medicamentos aplicando los 10 correctos para la administración de medicamentos y YO conciente	
Coordinar y verificar las acciones realizadas por las Auxiliares de Enfermeria asignadas al servicio correspondiente.	SI	Se delegaron las actividades propias de la atención en salud a los pacientes y se verifico su cumplimiento oportuno. Asi como la aplicación de la estrategia SOL y SEC garantizando el orden y limpieza del servicio	
Participar activamente en la revista clinica diaria y en otro tipo de estudios clinicos y de investigacion que se realicen al interior de la Institución.	SI	Se informaron cambios sobre la condición del paciente que influyeron en la toma de decisiones sobre tratamiento y se recibieron ordenes medicas de los diferentes especialistas.	
Establecer los planes del cuidado de enfermeria, en los pacientes que por su condicion clinica lo requieran.	SI	Se dio cumplimiento a la elaboración y seguimiento del plan de enfermería indicando patron funcional alterado y actividades propias a desarrollar.	
Liderar el proceso de recibo y entrega de turno según el procedimiento establecido por la Institucion.	SI	Se aplicó lista de chequeo de recibo y entrega de turno, verificando cumplimiento de lineamientos establecidos por la institución.	
Elaborar y supervisar los registros de enfermeria en la Historia clinica adhiriendose a la sitematización.	SI	Se verificó en recibo y entrega de turno al azar historias clínicas garantizando la completitud de los registros tanto físicos como sistematizados.	
Realizar las actividades para garantizar la cadena de custodia de los casos que lo ameritan.	SI	Se realizó según protocolo y demanda del servicio las actividades de custodia.	
Participar activamente en el control de Infecciones Intrahospitalarias y eventos advers	SI	Se aplicó todas las medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias como lavado de manos, aislamiento y técnica aseptica, además de aplicar las barreras para la prevención de eventos adversos. Tambien se registraron los eventos presentados	
Apoyar la realización de las actividades de inducción al personal nuevo que se vincule a la Institución.	SI	Se organizo el servicio para la atención de codigos azules, y se verificó el cumplimiento de los puntos de control de carro de paro.	
Diligenciar los registros adoptados por la Institución para garantizar el Sistema de Información.	SI	Se solicitó el material de consumo y se realizo control para el uso adecuado del mismo en el servicio.	
Mantener informado al Referente de Enfermeria sobre las novedades que se presenten con el servicio a su cargo.	SI	Se cumplió con las guias de manejo institucional y se superviso el cumplimiento por parte de las auxiliares y profesionales que participan en la atención en salud del paciente.	
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales de esterilización y bioseguridad, y demás reglamentos de la Institución	SI	Se aplicaron listas de chequeo de los diferentes procedimientos realizados garantizando técnica de asepsia y antisepsia y manual de bioseguridad.	
Cumplir y hacer cumplir los aspectos etico legales que rigen el ejercicio de la profesion.	SI	Se notificaron los eventos adversos e infecciones intrahospitalarias identificados en el servicio. Se verificó la notificación de eventos de interes en salud publica.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (4,305,324) cuatro millones trecientos cinco mil trecientos veinty cuatro

Jhon Torres A

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Claudia Bernal

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72334866		TORRES ACOSTA JHON WILLIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 96i #16f-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7963391	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	8476182761	8476182761	I	2018/02/15	2018/02/15	BANCO BOGOTA	0	$532,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,600	$0	$0	$275,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$275,600	$0	$0	$275,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,000	$0	$0	$42,000
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$42,000	$0	$0	$42,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$215,300	$0	$0	$215,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$215,300	$0	$0	$215,300
TOTAL				1	$532,900	$0	$0	$532,900

PAGADO

Scanned with CamScanner