13666

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Barbara Midelys Regueiferos Goyes											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		C.E	x	NO.	322955						
CORREO ELECTRONICO:	nidelysc25@gmail.com				CELULAR:	3157541843						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					CO03							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Partos				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	D02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco Caja Social				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24051675732								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1792-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1				
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9977	FECHA	31-01-18			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profecionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA dentrode los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE de acuerdo a las necesidades de la institución**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	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:	$8.704.242
VALOR EJECUTADO	$2.714.226
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.714.226
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.990.016
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7208434	$1.114.800,00	$139.350	$178.368	3	$27.157	**$344.875**

Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil DIECIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Benavides

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BARBARA MIDELYS REGUEIFEROS GOYES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SALA DE PARTOS				**Sede: UNIDAD FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	1792-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BARBARA MIDELYS REGUEIFEROS GOYES		**C. E.**	322.955			**DE**	BOGOTÁ	

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 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 brindo cuidado al paciente teniendo en cuienta su condicion de salud , sus comorbilidades y factores asociados por medio del plan de enfermeria , se realiza asignacion de actividades del servicio relacionados con la atencion del paciente al personal auxiliar de enfermeria teniendo en cuents la demanda del servicio .	
Revisar y ejecutar las ordenes medicas registradas en las historias clinicas por el medico tratante .	SI	Se realizo la revisoin de historias clinicas a diario y según nuevas ordenes medicas durante el turno y se dio cumplimiento a ellas garantizando la oportunidad y calidad en la atencion .	
Suministrar y controlar los medicamentos ordenados como tratamiento de los pacientes .	SI	Se administro y registro medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos para la administracion de medicamento y yo concientes .	
Cordinar y verificar las acciones realizadas por los auxiliares de enfermeria asignadas al servicio correspondiente .	SI	Se delegaron las actividades propias de la atencion en salud a los paciente 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 institucion.	SI	Se informaron cambios sobre la condicion 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 elaboraciòn 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 adversos.	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.	
Realizar, controlar y supervisar adecuadamente los pedidos de material de consumo y devolutivo en los servicios asignados.	SI	Se solicitó el material de consumo y se realizo control para el uso adecuado del mismo en el servicio.	
Adherirse a las guias de manejo Institucionales.	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 y vigilar la adherencia a la tecnica de asepsia y antisepsia y adherencia al manual de bioseguridad.	SI	Se aplicaron listas de chequeo de los diferentes procedimientos realizados garantizando técnica de asepsia y antisepsia y manual de bioseguridad.	
Diligenciar los formatos de notificación obligatoria, eventos adversos e Infecciones Intrahospitalarias.	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): ($ 2.714.226) DOS MILLONES SETECIENTOS CATORCE MIL DOCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL Barbara M. Regueiferos Goyes 322955

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido

supervisor: Claudia Benavides

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Datos generales:

Aportante	BARBARA MIDELIS REGUEYFEROS	Sucursal	Principal	Tel:	3157541843	Direcciòn	KILOMETRO 5 VIA CALERA
CEDULA	322955 - 0	depto:	BOGOTA	Mun	BOGOTA	Correo electronico:	nidelysc25@gmail.com

Nº Planilla: 7208434	Período Salud: 2018-2	Período Otros: 2018-2	Fecha de pago: 2018-02-08	Nº Transacción: 72039053	Dias mora: 0	Nº Afiliados: 1

Reporte consolidado de pagos seguridad social y parafiscales:

ADMINISTRADORA RIESGOS PROFESIONALES

COD ARP	NIT ARP	NOMBRE ARP	COTIZACION OBLIGATORIA	VALOR INCAPACIDAD	OTROS APORTES	SALDO A FAVOR	VALOR NETO DE COTIZACION	DIAS MORA	INTERESES MORA COTIZAC.	SUBTOTAL APOR. COTIZ	FONDO RIESGOS	TOTAL
14-28	800256161	ARL SURA	28,300.00	0.00	0.00	0.00	28,300.00	0	0.00	28,300.00	283.00	28,300.00
		Totales: $	28,300.00	0.00	0.00	0.00	28,300.00		0.00	28,300.00	283.00	28,300.00

APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NOMBRE EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	VALOR INCAPACIDAD	VALOR MATERNIDAD	VLR NETO COTIZACION	DIAS MORA	INTER. MORA OBLIGATORIO	INTERES MORA UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	SALDO A FAVOR COTIZ	TOTAL	NUMERO AFILIADOS
EPS005	SANITAS S.A.	800251440	145,100	0	0	0	145,100	0	0	0	145,100	0	0	145,100	1
		Totales: $	145,100	0	0	0	145,100		0	0	145,100	0	0	145,100	

ADMINISTRADORA FONDOS DE PENSIONES

NOMBRE AFP	NIT AFP	COTIZACION OBLIGATORIO	COTIZACION VLR AFILIADO	COTIZACION VLR APORTANTE	FONDO SOLIDARIO PENSION	FONDO SOLIDARIO SUBSID	DIAS MORA	INT MORA COTIZACION	INT MORA FONDO	TOTAL	NUMERO AFILIADOS
COLPENSIONES	900336004	185,700	0	0	0	0	0	0	0	185,700	1
	Totales: $	185,700	0	0	0	0		0	0	185,700	

Total a pagar: $ 359,100.00

PAGADO
FEDECAJAS

1684

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:	Barbara Midelys Regueiferos Goyes											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		C.E	x	NO.	322955						
CORREO ELECTRONICO:	nidelysc25@gmail.com				CELULAR:	3157541843						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CO03											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Partos				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	D02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco Caja Social				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24051675732								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1792-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2					
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9977	FECHA	31/01/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profecionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA dentrode los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE de acuerdo a las necesidades de la institución**										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2018		31	3	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:	$8.704.242
VALOR EJECUTADO	$5.522.046
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.807.820
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.182.196
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	63%

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
7273297	$1.123.128,00	$140.391	$179.700	3	$27.359	**$347.451**

Dado en Bogotá en el mes de MARZO del año Dos Mil DIECIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Benavides

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BARBARA MIDELYS REGUEIFEROS GOYES
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALA DE PARTOS					**Sede: UNIDAD FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	1792-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	3	2,018		31	3	2,018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BARBARA MIDELYS REGUEIFEROS GOYES	**C. E.**	322,955	**DE**	BOGOTÁ						

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 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 brindo cuidado al paciente teniendo en cuienta su condicion de salud , sus comorbilidades y factores asociados por medio del plan de enfermeria , se realiza asignacion de actividades del servicio relacionados con la atencion del paciente al personal auxiliar de enfermeria teniendo en cuents la demanda del servicio .	
Revisar y ejecutar las ordenes medicas registradas en las historias clinicas por el medico tratante .	SI	Se realizo la revisoin de historias clinicas a diario y según nuevas ordenes medicas durante el turno y se dio cumplimiento a ellas garantizando la oportunidad y calidad en la atencion .	
Suministrar y controlar los medicamentos ordenados como tratamiento de los pacientes .	SI	Se administro y registro medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos para la administracion de medicamento y yo concientes .	
Cordinar y verificar las acciones realizadas por los auxiliares de enfermeria asignadas al servicio correspondiente .	SI	Se delegaron las actividades propias de la atencion en salud a los paciente 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 institucion.	SI	Se informaron cambios sobre la condicion 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 adversos.	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.	
Realizar, controlar y supervisar adecuadamente los pedidos de material de consumo y devolutivo en los servicios asignados.	SI	Se solicitó el material de consumo y se realizo control para el uso adecuado del mismo en el servicio.	
Adherirse a las guias de manejo Institucionales.	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 y vigilar la adherencia a la tecnica de asepsia y antisepsia y adherencia al manual de bioseguridad.	SI	Se aplicaron listas de chequeo de los diferentes procedimientos realizados garantizando técnica de asepsia y antisepsia y manual de bioseguridad.	
Diligenciar los formatos de notificación obligatoria, eventos adversos e Infecciones Intrahospitalarias.	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): ($ 2.807.820) DOS MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

CE: 322955

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Bárbara M. Regueiferos Goyes

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Blanca Fernandez

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Datos generales:

Aportante	BARBARA MIDELIS REGUEYFEROS	Sucursal	Principal	Tel:	3157541843	Direcciòn	KILOMETRO 5 VIA CALERA
CEDULA	322955 - 0	depto:	BOGOTA	Mun	BOGOTA	Correo electronico:	nidelysc25@gmail.com

Nº Planilla: 7273297	Período Salud: 2018-3	Período Otros: 2018-3	Fecha de pago: 2018-03-06	Nº Transacción: 88169871	Dias mora: 0	Nº Afiliados: 1

Reporte consolidado de pagos seguridad social y parafiscales:

ADMINISTRADORA RIESGOS PROFESIONALES

COD ARP	NIT ARP	NOMBRE ARP	COTIZACION OBLIGATORIA	VALOR INCAPACIDAD	OTROS APORTES	SALDO A FAVOR	VALOR NETO DE COTIZACION	DIAS MORA	INTERESES MORA COTIZAC.	SUBTOTAL APOR. COTIZ	FONDO RIESGOS	TOTAL
14-28	800256161	ARL SURA	28,300.00	0.00	0.00	0.00	28,300.00	0	0.00	28,300.00	283.00	28,300.00
		Totales: $	28,300.00	0.00	0.00	0.00	28,300.00		0.00	28,300.00	283.00	28,300.00

APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NOMBRE EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	VALOR INCAPACIDAD	VALOR MATERNIDAD	VLR NETO COTIZACION	DIAS MORA	INTER. MORA OBLIGATORIO	INTERES MORA UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	SALDO A FAVOR COTIZ	TOTAL	NUMERO AFILIADOS
EPS005	SANITAS S.A.	800251440	145,100	0	0	0	145,100	0	0	0	145,100	0	0	145,100	1
		Totales: $	145,100	0	0	0	145,100		0	0	145,100	0	0	145,100	

ADMINISTRADORA FONDOS DE PENSIONES

NOMBRE AFP	NIT AFP	COTIZACION OBLIGATORIO	COTIZACION VLR AFILIADO	COTIZACION VLR APORTANTE	FONDO SOLIDARIO PENSION	FONDO SOLIDARIO SUBSID.	DIAS MORA	INT MORA COTIZACION	INT MORA FONDO	TOTAL	NUMERO AFILIADOS
COLPENSIONES	900336004	185,700	0	0	0	0	0	0	0	185,700	1
	Totales: $	185,700	0	0	0	0		0	0	185,700	

Total a pagar: $ 359,100.00

PAGADO
FEDECAJAS

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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Barbara Midelys Regueiferos Goyes											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		C.E	x	NO.	322955						
CORREO ELECTRONICO:	nidelysc25@gmail.com				CELULAR:	3157541843						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					CO03							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Partos				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	D02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco Caja Social				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24051675732								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1792-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9977	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profecionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA dentrode los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE de acuerdo a las necesidades de la institución**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2018		30	4	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:	$8.704.242
VALOR EJECUTADO	$8.329.866
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.807.820
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$374.376
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
7411010	$1.114.800,00	$139.350	$178.368	3	$27.157	**$344.875**

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año Dos Mil DIECIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Benavides

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BARBARA MIDELYS REGUEIFEROS GOYES
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	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALA DE PARTOS							**Sede: UNIDAD FONTIBON**			
No. DE CONTRATO:	1792-2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**		
			1	4	2.018		30	4	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BARBARA MIDELYS REGUEIFEROS GOYES		**C. E.**	322 955			**DE**	BOGOTÁ			

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 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 brindo cuidado al paciente teniendo en cuienta su condicion de salud , sus comorbilidades y factores asociados por medio del plan de enfermeria , se realiza asignacion de actividades del servicio relacionados con la atencion del paciente al personal auxiliar de enfermeria teniendo en cuents la demanda del servicio .	
Revisar y ejecutar las ordenes medicas registradas en las historias clinicas por el medico tratante .	SI	Se realizo la revisoin de historias clinicas a diario y según nuevas ordenes medicas durante el turno y se dio cumplimiento a ellas garantizando la oportunidad y calidad en la atencion .	
Suministrar y controlar los medicamentos ordenados como tratamiento de los pacientes .	SI	Se administro y registro medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos para la administracion de medicamento y yo concientes .	
Cordinar y verificar las acciones realizadas por los auxiliares de enfermeria asignadas al servicio correspondiente .	SI	Se delegaron las actividades propias de la atencion en salud a los paciente 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 institucion.	SI	Se informaron cambios sobre la condicion 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 clinicas garantizando la completitud de los registros tanto manuales 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 adversos.	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 notificaron los eventos presentados.	
Realizar, controlar y supervisar adecuadamente los pedidos de material de consumo y devolutivo en los servicios asignados.	SI	Se solicitó el material de consumo y se realizo control para el uso adecuado del mismo en el servicio.	
Adherirse a las guias de manejo institucionales.	SI	Se cumplió con las guias de manejo institucional y se observo el cumplimiento por parte de las auxiliares y profesionales que participan en la atención en salud del servicio.	
Cumplir y vigilar la adherencia a la tecnica de asepsia y antisepsia y adherencia al manual de bioseguridad.	SI	Se aplicaron listas de chequeo de los diferentes procedimientos realizados garantizando técnica de asepsia y antisepsia y manual de bioseguridad.	
Diligenciar los formatos de notificación obligatoria, eventos adversos e Infecciones Intrahospitalarias.	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): **($ 2.807.820) DOS MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL Barbara M. Regueiferos Goyes 322955

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

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Datos generales:

Aportante	BARBARA MIDELIS REGUEYFEROS	Sucursal	Principal	Tel:	3157541843	Direcciòn	KILOMETRO 5 VIA CALERA
CEDULA	322955 - 0	depto:	BOGOTA	Mun	BOGOTA	Correo electronico:	nidelysc25@gmail.com

Nº Planilla: 7411010	Período Salud: 2018-4	Periodo Otros: 2018-4	Fecha de pago: 2018-04-10	Nº Transacción: 328349219	Dias mora: 0	Nº Afiliados: 1

Reporte consolidado de pagos seguridad social y parafiscales:

ADMINISTRADORA RIESGOS PROFESIONALES

COD ARP	NIT ARP	NOMBRE ARP	COTIZACION OBLIGATORIA	VALOR INCAPACIDAD	OTROS APORTES	SALDO A FAVOR	VALOR NETO DE COTIZACION	DIAS MORA	INTERESES MORA COTIZAC.	SUBTOTAL APOR. COTIZ	FONDO RIESGOS	TOTAL
14-28	800256161	ARL SURA	28,300.00	0.00	0.00	0.00	28,300.00	0	0.00	28,300.00	283.00	28,300.00
		Totales: $	28,300.00	0.00	0.00	0.00	28,300.00		0.00	28,300.00	283.00	28,300.00

APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NOMBRE EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	VALOR INCAPACIDAD	VALOR MATERNIDAD	VLR NETO COTIZACION	DIAS MORA	INTER. MORA OBLIGATORIO	INTERES MORA UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	SALDO A FAVOR COTIZ	TOTAL	NUMERO AFILIADOS
EPS005	SANITAS S.A.	800251440	145,100	0			145,100	0	0	0	145,100	0	0	145,100	1
		Totales: $	145,100	0			145,100		0	0	145,100	0	0	145,100	

ADMINISTRADORA FONDOS DE PENSIONES

NOMBRE AFP	NIT AFP	COTIZACION OBLIGATORIO	COTIZACION VLR AFILIADO	COTIZACION VLR APORTANTE	FONDO SOLIDARIO PENSION	FONDO SOLIDARIO SUBSID.	DIAS MORA	INT MORA COTIZACION	INT MORA FONDO	TOTAL	NUMERO AFILIADOS
COLPENSIONES	900336004	185,700	0	0	0	0	0	0	0	185,700	1
	Totales: $	185,700	0	0	0	0		0	0	185,700	

Total a pagar: $ 359,100.00

PAGADO
PEDECUTAS