	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	9
		Fecha de aprobación	16/02/2018
		Código	04-03-F0-0003

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Barbara Midelys Reguelferos Goyes												
TIPO DE DOCUMENTO	C C		C E	x	NO	322966							
CORREO ELECTRONICO	midelys23@gmail.com				CELULAR	3157541843							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD							CO03						
UBICACIÓN DEL SERVICIO	Ginecologia y Obstetricia				SEDE	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	103	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										
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	1792-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4				
NUMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NUMERO DE CRP	21136	FECHA	30/04/2018			
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	5	2018		31	5	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:	$11.605.656
VALOR EJECUTADO	$11.324.874
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.995.008
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$280.782
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	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 **$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
7465724	$1.114.800,00	$139.350	$178.368	3	$27.157	**$344.875**

Dado en Bogotá en el mes de MAYO 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 REGUELFEROS GOYES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by TapScanner

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Ubicación del Servicio:	ESPECIALIDADES		Sede: UNIDAD FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	1562-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	5	2018		31	5	2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BARBARA MICHELYS REQUEIFEROS GOYES		C. C		122 955		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 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 condición clínica 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 enfermería se realiza asignación de actividades del servicio relacionadas con la atención del paciente al personal auxiliar de enfermería teniendo en cuenta la demanda del servicio	ENTREGA DE TURNO
Revisar, validar y ejecutar las Ordenes Medicas registradas en las Historias Clínicas 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.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
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	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Coordinar y verificar las acciones realizadas por las Auxiliares de Enfermería asignadas al servicio correspondiente.	SI	Se delegaron las actividades propias de la atención en salud a los pacientes y se verifico su cumplimiento oportuno. Así como la aplicación de la estrategia SOL y SEC garantizando el orden y limpieza del servicio	LIBROS HISTORIA CLINICA INFORMACION MEDICO DE TURNO
Participar activamente en la revista clínica diaria y en otro tipo de estudios clínicos 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.	ENTREGA DE TURNO Y LIBRO
Establecer los planes del cuidado de enfermería, 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.	CUANDO SE REQUIERA
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	SISTEMA INFORMATIVO
Elaborar y supervisar los registros de enfermería en la Historia clínica adhiriendose a la sitematización.	SI	Se verificó en recibo y entrega de turno al azar historias clinicas garantizando la completitud de los registros tanto fisicos como sistematizados	TRABAJO EN EQUIPO
Realizar las actividades para garantizar la cadena de custodia de los casos que lo ameritan.	SI	Se realizo segun protocolo y demanda del servicio las actividades de custodia	CUANDO LO REQUIERA
Participar activamente en el control de infecciones intrahospitalarias y eventos advers	SI	Se aplico todas las medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias como lavado de manos aislamiento y técnica aseptica, además de aplicar las	SISTEMA DE INFORMACION
Apoyar la realización de las actividades de inducción al personal nuevo que se vincule a la institución.	SI	Se organizo el servicio para la atencion de codigos azules, y se verifico el cumplimiento de los puntos de control de carro de paro	REGISTRO EN LIBRO
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	CUANDO SE REQUIERA
Mantener informado al Referente de Enfermería sobre las novedades que se presenten con el servicio a su cargo.	SI	Se cumplio con las guias de manejo institucional y se superviso el cumplimiento por parte de las auxiliares y profesionales que participan en la atencion en salud del	PARTICIPACION ACTIVA
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	CUANDO SE REQUIERA
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.	REGISTRO EN EL SISTEMA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): 2.995.008 **DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHO PESOS**

FECHA: MAYO 2018

Bárbara M. Requeiferos Goyes

BARBARA MICHELYS REQUEIFEROS GOYES
C.E. 122955

Claudia Benavides

CLAUDIA ARMENIA NAVIDES RODRIGUEZ

Scanned by TapScanner

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Datos generales:

Aportante: BARBARA MIDELIS REGUEYFEROS		Sucursal: Principal		Tel: 3157541843	Dirección: KILOMETRO 5 VIA CALERA		
CEDULA: 322955 - 0		depto: BOGOTA	Mun: BOGOTA		Correo electronico: ridelyrc25@gmail.com		
Nº Planilla: 7465724	Periodo Salud: 2018-5	Periodo Otros: 2018-5	Fecha de pago: 2018-05-08	Nº Transacción: 335478598	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

Scanned by TapScanner