

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código: 04-02-FQ-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ELIZABETH PINILLA CAMACHO									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		53098260				
CORREO ELECTRONICO:		DARIFE-23@HOTMAIL.COM				CELULAR:		3133330428			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PAPS PORVENIR				SEDE:		Pablo VI			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		PA 34 - N 04	100%								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		20727856838				PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1640 de 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 6 DE 6			
NÚMERO DE CDP		1109	FECHA	26/06/2018	NÚMERO DE CRP		29213	FECHA	30/06/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
				1	7	2018			31	7	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.240.919									
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				NO APLICA			
OBSERVACIONES:											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO						VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$8.145.910					
VALOR EJECUTADO						\$7.445.514					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1.240.919					
VALOR A LIBERAR						\$0					
SALDO POR EJECUTAR						\$700.396					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						91%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:											
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
8659456093	781.242	\$97.700	\$125.000	0	\$19.100	241.800					
Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Julio del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente											
 NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 ELIZABETH PINILLA CAMACHO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA					

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:	PAPS PORVENIR		Sede: PABLO VI BOSA	
No. DE CONTRATO:	1640 de 2018	Periodo certificado desde el	Día Mes Año	Día Mes Año
			1 7 2.018	31 7 2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIZABETH PINILLA CAMACHO		C. C.	53.098.260 DE BOGOTÁ
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL				

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	SI	Actividades propias del centro de atención	Informes, seguimientos - actas
2) Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	SI	Información en cada una de las acciones realizadas al profesional	Historia clínica
3) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	SI	Informe, anotaciones de acciones presentadas durante el servicio	Anotaciones, bitacora
4) Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio	SI	Por medio de la aplicación de guías de manejo y protocolos de atención	Historia clínica, planillas
5) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	SI	Realizar las respectivas acciones de cumplimiento	proceso de atención
6) Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	SI	Por medio de la aplicación de guías de manejo y protocolos de atención	Historia clínica, planillas
7) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SI	Reportes realizados a diario	libro y registros
8) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	SI	Diligenciamiento adecuado y claro de los diferentes procesos	Aplicativo, Seguimientos - Historia clínica y actas de asistencia, libros
9) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	Aplicar durante todo el servicio los lineamientos establecidos	Auditorías de calidad
10) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	SI	Realización de informes respectivos de las actividades realizadas	Informes
11) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	SI	Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de equipos, documentos, bienes muebles de la institución	Listas de chequeo e inventarios
12) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	Participación en diferentes actividades	actas de asistencia
13) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Notificación de fallas presentadas y realización de acciones de mejora	Aplicativo y planes e mejora
14) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	Realizar las respectivas actividades establecidas y cada uno de los procedimientos	Registros, actas, aplicativo
15) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	SI	Participación en diferentes actividades	actas de asistencia
16) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SI	Registro diario de las actividades realizadas en el área pertinentes	Formatos , registros
17) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	Entrega oportuna de los pagos realizados	soportes de pago
18) Realizar las demás actividades que se sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones y otras actividades	Actas de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE (1.240.919)

Elizabeth Pinilla Camacho
ELIZABETH PINILLA CAMACHO C.C. 53098260

Norida Rafaela Segura Cuellar
Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor.
NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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

RAZON SOCIAL :	ELIZABETH PINILLA
IDENTIFICACION:	CC-53098260
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-07-14
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-07-16
FECHA DE PAGO:	2018-07-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2018-07
PERIODO SALUD:	2018-07
NUMERO PLANILLA:	8659456093
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8600113853
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 97.700	\$ 97.700
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 125.000	\$ 125.000
14-28	800256161	ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 19.100	\$ 19.100
CCF22	860007336	COLSUBSIDIO	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15.700	\$ 15.700
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 257.500	\$ 257.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/08/2018
----------------------------------	------------