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:	OCTAVIO RAFAEL NAVAS MALDONADO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1042427211							
CORREO ELECTRONICO:	JEFEOTTO@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3022654189							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS FONTIBON								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA				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	%	
	I06	100.00%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	692-189484-81								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3360-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4				
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	22536	FECHA	30/04/2018				
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 FONTIBÒN, 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:	$17,221,296
VALOR EJECUTADO	$13,571,130
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,743,760
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,650,166
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	79%

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
1013135627	$1,497,504.00	$187,188	$239,601	3	$36,539	**$463,328**

Dado en Bogotá a los () días del mes de MAYO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Bevnavides

CLAUDIA XIMENA BEVNAVIDES RODRIGUEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

OCTAVIO RAFAEL NAVAS MALDONADO

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		Sede: UNIDAD FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3360-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2,018		31	5	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OCTAVIO RAFAEL NAVAS MALDONADO		C. C.	1,042,427,211			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 ENFERMERO 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	Se puede ver en el plan de enfermeria
Revisar, visar y ejecutar las Ordenes Medicas registradas en las Historias Clinicas por el Medico Tratante.	SI	Se realizó la revisión 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 atención	Se evidencia en el res}gistro de medicamaentos y actividades en Dinamica ademas de la actualizacion de Kardex y hojas de medicamentos
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	Se realiza en el registo de medicamentos en el sistema y en notas de enfermeria
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	Durante en proceso de entrega y recibe de turno se puede verificar
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.	Se puede evidenciar en los procesos de rondas de enfermeria y ronda con los 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 enfermeria indicando patron funcional alterado y actividades propias a desarrollar.	si en el sistema se puede verificar
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.	Se verifica en recibo y entrega de turno con coordinadores de turno y madrinas de servicios
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 fisicos como sistematizados.	Se puede evidenciar en en la coherencia que existe entre el registro en kardex e historias en fisico con lo que se reporta en HC sistematizada
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.	En casos en que el apciente lo requiera
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	En la lectura de los procesos y protocols encontrados en almera
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.	Mediante el control de medicamentos e insumos del carro de paro ademas del inventario de equipos del servicio
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.	Con previa verificacion de existencia se solicitan faltantes
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	De acuerdo a las guis y protocolos institucionales
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.	En protocolos institucionales
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.	Por medio de almera y carpetas que se encuentran por servicios

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 3930948) TRES MILLONES NOVECIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-05-17, 07:31:11 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1013135627 **Referencia pago(PIN)** 8890113260

Periodo Cotización 201805 **Periodo Servicio** 201805

Cliente:

PAGADA 2018-05-16 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OCTAVIO RAFAEL NAVAS MALDONADO				
Documento	CC 1042427211	**Dirección**	CALLE 26 A N 22 83		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3022654189		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SOLEDAD	**Departamento**	ATLANTICO		
Representante Legal	NAVAS MALDONADO OCTAVIO RAFAEL	**Identificación**	CC 1042427211		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1042427211						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	NAVAS MALDONADO OCTAVIO RAFAEL	11001000 - 11	900959048	BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																			Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	ISP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
						X									0	30	30	30	0			$ 1,497,504	231001		16 %	$ 1,497,504	$ 239,700	$ 0	$ 0	EPS044		12,5 %	$ 1,497,504	$ 187,200	$ 0	14-28	3	2,436 %	$ 1,497,504	$ 36,500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 239.700	$ 0	$ 0	$ 187.200	$ 36.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 463.400