15662

Red 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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULIETH ANDREA RODRIGUEZ GARCIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1140852835							
CORREO ELECTRONICO:	andrearodriguez.17@hotmail.com				CELULAR:	3214672643							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	106	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	38555540768								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3359-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	11654	FECHA	02/03/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Medico General Hospitalario dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, 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:	$29.478									
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:	$16.448.724
VALOR EJECUTADO	$10.965.816
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.306.040
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.482.908
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
1011843654	$2.122.416,00	$265.302	$339.587	3	$51.702	**$656.591**

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

Blanca Bermudez

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital de Salud Subsecretaría de SSF	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:	MEDICINA INTERNA					Sede: UNIDAD FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	3359-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	03	2018		31	03	2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULIETH ANDREA RODRIGUEZ GARCIA		C. C.	1.140.852.835			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 como Medico General Hospitalario en el servicio de medicina interna de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente unidad FONTIBON.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ar cumplimiento a lo estandares de producción del servicio signado según los tiempos establecidos por la institución	SI	cumplo con los tiempos establecidos por la institución para dar cumplimiento a los estandares de producción. Cumplir el tiempo de atención establecido por la institución para realizar evoluciones médicas y trámites de egreso hospitalario.	
Llegar turno según los protocolos establecidos para el servicio en el cual realice sus actividades porfesionales	SI	Verifica en cuadro de entrega de turno el Médico asignado para recibir el turno. Llegar al servicio en los siguientes horarios: 7 am - 1 pm - 7 pm, vistiendo el uniforme correspondiente al servicio y carnet institucional. Saludar al profesional de salud (médico) que entrega turno y presentarse con nombre y apellido. Saludar al paciente, presentar al médico que recibe turno. Cumplir en el transcurso del cambio de turno la adherencia a los 5 momentos del lavado de manos. Utilizar las medidas de bioseguridad de acuerdo con el aislamiento y los protocolos de la institución. Garantizar la siguiente información del usuario: nombres y apellidos completos, edad, diagnósticos	
Cumplir con los turnos asignados según la programacion publicada.	SI	Conoco y doy cumplimiento a la programación de turnos asignados por el líder del servicio. Informar de forma oportuna y entregar por escrito el formato de cambio de turnos.	
Diligenciar de manera completa legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la Resolucion 1995 del año 1999.	SI	Registro de forma completa y coherente: evolución del paciente, antecedentes clínicos, tratamiento , procedimientos instaurados en el paciente, aspectos pendientes a realizar en la historia clínica sistematizada, incidentes y eventos adversos, que se presenten durante la estancia hospitalaria. Realizar de forma completa el egreso y epicrisis de forma sistematizada.	
Garantizar la información al usuario y a su familia sobre su estado de salud.	SI	Brindo información al paciente en las rondas médicas sobre su estado de salud, reportes paraclínicos, aspectos pendientes a realizar y remisiones. Brindar información clara a los familiares en los horarios de visita y /o los designados por el servicio, verificando el conocimiento y comprensión de la información.	
Hacer seguimientos a los pacientes de acuerdo a los procedimientos de cada uno de los servicios.	SI	Realizo la planeación de la evolución médica, asignando responsabilidades durante el turno según disponibilidad del recurso humano. Evaluar evolución o mejoras clínicas y disminución de los riesgos, interrogar signos y síntomas, evolución, valorar nuevamente, analizar evolución del estado clínico y resultados de los procedimientos diagnósticos y/o terapeúticos. Proyectar y registrar un plan de manejo en la historia clínica	
Adherirse a las guias de manejo institucionales.	SI	Conozco las guías de manejo institucionales del servicio de hospitalización y actualización de las mismas cuando así se realice. Adherirse a los procesos establecidos en las guías de manejo para la atención médica en el servicio de hospitalización. Alertar y tomar las medidas correspondientes, en caso que no se evidencie adherencia a las guías médicas.	
Cumplir y vigilar la adherencia de asepsia y antisepsia y adherencia al del manual de Bioseguridad.	SI	Me adhiero a los cinco momentos de lavado de manos, durante el desempeño de las actividades en el servicio de hospitalización. Conocer el manual de bioseguridad de la institución y adherirse a los procesos que se describen.	
Diligenciar los formatos de notificacion obligatoria eventos adversos e infecciones intrahospitalarias	SI	Conoco los eventos del servicio de urgencias, que requieren de notificación y reportar de forma oportuna. Garantizar el diligenciamiento completo y veraz de la información solicitada en las fichas de notificación. Asegurar la entrega de las fichas de notificación al jefe de turno y/o auxiliar del servicio de epidemiología para el posterior seguimiento.	
Cumplir con las normas, procedimientos y manules establecidos por la institucion.	SI	Conocer y adherirse a las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución y la actualización de las mismas cuando así se realice. Alertar y tomar las medidas correspondientes, en caso que no se evidencia adherencia.	
Realizar las acciones necesarias que garanticen la aplicación de la cadena de custodia en los casos que se requieran	SI	Identifico y realizo las acciones que garanticen la adecuada aplicación de la cadena de custodia. Informar a la jefe de turno y/o persona correspondiente para garantizar el mantenimiento de la cadena de custodia.	
Realizar la referencia y contraferencia con se requiera, dentro de la estrategea de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan	SI	Diligencio de forma oportuna y completa el formato de referencia y contra referencia cuando se requiera. Informar al usuario y sus familiares, acerca del proceso de referencia y contrareferencia. Realizar la actualización del formato de referencia y contrareferencia, cuando así se requiera.	
Las las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato	SI	Mantengo la disposición para realizar las actividades asignadas por el supervisor del contrato y a fines. Conocer los procesos y adherirse a los mismos del área de trabajo asignada, según corresponda.	
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al encontrar inconsistencias en soportes y acciones de calidad oportunidad y de otra indole que tenga responsabilidad el contratista.	SI	Asumire el 100% de la glosa generada por la firma interventora, según corresponda.	

OBSERVACIONES:

$6,106,040 CINCO MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL CUARENTA PESOS.

Fecha : MARZO DEL 2018

CONTRATISTA: JULIETH ANDREA RODRIGUEZ GARCIA - C.C. # 1.140.852.835

SUPERVISOR: CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ

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

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-03-09, 10:40:05 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: marzo de 2018 Periodo Servicio

PAGADO 09/03/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIETH ANDREA RODRIGUEZ GARCIA		
Documento	CC1140852835	**Dirección**	CALLE 26
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	321467264
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA
Representante Legal	RODRIGUEZ JULIETH ANDREA	**Identificación**	CC 114085
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Ri
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa
CC 1140852835	JULIETH ANDREA RODRIGUEZ GARCIA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2,122,416	$ 339,600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2,122,416	$ 265,400	2,436

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aporte Min Educa
$ 2,122,416	$ 2,122,416	$ 2,122,416	$ 0	$ 339,600	$ 265,400	$ 51,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	