

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

Calle 100 No. 100-100
 Bogotá, D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:					MARGIE VANESSA DÍAZ SOLANO				
TIPO DE DOCUMENTO:					NO.				
CORREO ELECTRONICO:					1.140.828.223				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					3017928540				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:					USS BOSA				
CENTRO DE COSTOS:					SEDE:				
ENTIDAD FINANCIERA:					BOSA				
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA:					TIPO DE CUENTA:				
55048840230699					AHORROS				
PENSIONADO					NO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:					5896 - 2018				
NÚMERO DE CDP:					N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
1990					4 DE 4				
FECHA:					FECHA:				
13/12/2018					50403				
FECHA:					FECHA:				
26					11114				
OBJETO DEL CONTRATO:					15/01/2019				
Terapeuta Respiratoria en la Subred Integrada de Servicios en Salud Suroccidente E.S.E									
PERIODO CERTIFICADO:					RESERVA DE GLOSA 2%				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2.665.080				
TIPO DE SERVICIOS:					ASISTENCIAL				

OBSERVACIONES: SE REALIZARON 186 HORAS POR UN VALOR HORA DE \$14,806 PARA UN TOTAL DE \$ 2,753,916

CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		\$11.744.089
VALOR EJECUTADO		\$11.237.754
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$2.753.916
VALOR A LIBERAR		\$0
SALDO POR EJECUTAR		\$506.315
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN		95%

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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% ARL	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7710522021	\$1.066.032	\$133.800	171.300,	3	\$26.200	331.200,

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de DICIEMBRE del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

 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:	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA			Sede: BOSA								
No. DE CONTRATO:	5696 DE 2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARGIE VANESSA DIAZ SOLANO			1	1	2019		31	1	2019		
				C. C.		1.140.826.223		DE	BARRANQUILLA			

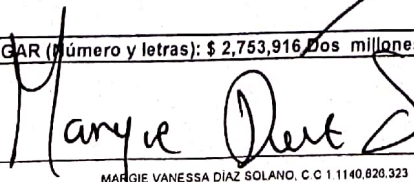
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como TERAPEUTA RESPIRATORIO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Prestar los servicios profesionales como Terapeuta Respiratoria, aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector.	SI	Se realiza atención de pacientes y consulta programada	Registrado en la Historia Clínica de los pacientes atendidos en el presente mes
Participar en la elaboración, actualización y divulgación de los protocolos de manejo de su área y cumplir con la respectiva adherencia.	NA	No aplica para este mes.	NA
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos.	SI	Se realiza vigilancia epidemiológica en situaciones de notificación	Se toma la muestras de Bordetella y se comunica a epidemiología para su envío a SDS.
Diligenciar de forma adecuada, clara, legible y oportuna de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido respaldando su atención con la firma y sello.	SI	Elaboración de formatos de Historia Clínica para cada consultante y paciente manejado en terapia respiratoria.	Registrado en la Historia Clínica de los pacientes atendidos en el presente mes
Cumplir con las actividades contempladas como normas de bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios.	SI	Se realiza actividades de autocontrol, autoregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	Se siguen protocolos institucionales.
Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata. Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata.	SI	Se realiza diariamente, el cual facilitará la adecuada ejecución y cumplimiento de las actividades	No Aplica. No hubo accidentes ni incidentes en el presente mes.
Recibir y entregar turno con la presentación adecuada, utilizando los elementos de protección personal requeridos y de acuerdo con la programación establecida.	SI	Se recibe oportunamente turno y se entrega en el horario establecido con la presentación adecuada, utilizando los elementos de protección personal requeridos y de acuerdo con la programación establecida.	Registrado en el Formato entrega de turno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 2,753,916 Dos millones setecientos cincuenta y tres mil novecientos dieciséis pesos m/cte


 MARGIE VANESSA DIAZ SOLANO, C.C. 1.140.826.223
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha: 31/01/2019 Firma de recibido supervisor: 

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

105

Planilla Pagada