(2)

5005

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARLENE CASTILLA										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C				NO.	32.827.957					
CORREO ELECTRONICO:	castillamarlene@hotmail.com				CELULAR:	3209096860					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBÓN						
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	%	
	I06	100%									
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	99636875283								PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1363-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO	2	
NÚMERO DE CDP	33	FECHA: 12/01/2018	NÚMERO DE CRP 9674	FECHA	31/01/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución				

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	DIA	AÑO	HASTA	MES	MES	AÑO
		1	3	2018		31	3	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$8.475							
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:	$4.729.050
VALOR EJECUTADO	$3.101.850
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.627.200
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.627.200
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66%

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 **$1953105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

1011139068	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1010479284	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá mes de MARZO del año Dos Mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Benavides

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Marlene Castilla

MARLENE CASTILLA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA			Sede: USS FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	1363-2018	Periodo certificado	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	3	18		31	3	18		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARLENE CASTILLA		C. C.	32.827.957	DE	SOLEDAD ATL					

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 AUXILIAR DE ENFERMERIA 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
Participar activamente con experiencia y conocieminetos tecnicos con el equipo interdisciplinario de salud en consultorio, urgencias, salas de cirugia, y hospitalizacion en los diversos procedimientos y notificaciones en forma permanente.	SI	Realizo actividades propias competentes cono tecnico auxiliar de enfermeria ene l servcios asignado que garantioce el cuidado intergarl al paciente.	
Tomar y registrar de manera sistemica los signos vitales de los pacientes asignados de acuerdo a la orden medica y avisar inmediatamente cualquier alteracion de los mismos.	SI	Realizo la toma y registro de signos vitales de acuerdo a la condicion del paciente y noticfico de manera oportuna hallasgos que permitan la toma de desiciones en su tratamiento.	
Realizar cuidados de enfermeria de baja y media complejidad asignada y según el plan de enfermeria .	SI	Realizo la ejecucion del plan de enfermeria establecido por el jefe del servcio y genero actividades del cuidado diario del paciente que se requieran.	
Informar y notificar oportunamente situaciones de riesgo de los pacientes asignados.	SI	Realizo la notificacion oportuna de los cambios que se evidencien durante la ejecucion de mis actividaes diarias.	
Asistir en forma puntual al cambio de turno para recibir y entregar los pacientes de la misma forma los equipos bajo su responsabilidad.	SI	Participo de manera proactiva y asertiva en Entrega de Turno adhiriéndose al Protocolo de Entrega de turno y realizo el inventario correspondiente del servcio.	
Administrar los medicamentos que por la complijidad del paciente le hayan sido asignados.	SI	Realizo la administracion de los medicamentos ordenados según el tratamiento ordenado por el	
diligenciar de manera completa legible y oportuna la historia clinica dando cuplimiento a la Resolucion 1995 del 1999.	SI	Realizo la consignacion de los registros clinicos como notas de enfermeria, actividades diarias, control de liquidos administrados y eliminados, toma de laboratorios clinicos, glucometrias, PVC.	
Propender por las buenas realciones con todos el equipo de salud.	SI	Mantengo buenas relaciones laborales y una comunicación arcertiva que permite un adecuado trabajo en equipo.	
Participar activamente en las convocatorias de las diferentes actividades administrativas y de capacitacion hechas por la institucion.	SI	Asisto de manera activa a las diferentes convocatorias de reunion, capacitacion. Talleres programados por la Institucion.	
Adherirce a las guias de manejo institucionales.	SI	Conozco y coloco en practica las diferentes guias de manejo institucionales para la realizacion de procedimientos.	
Cumplir y vigilar la adherencia a la tecnica de asepcia y antisepcia y adherencia al manual de bioseguridad.	SI	Realizo todas las medidas de prevencion y control de infecciones intra hospitalarias como lavados de manos, asislamientos, y tecnica aseptica, ademas de palicar las barreras para la prevencion de eventos adversos.	
Diligenciar los formatos de notificacion obligatoria eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.	SI	Registro los eventos presentados y notifico a quien corresponda su verificacion y seguimiento.	
cumplir con las normas y procediemtos establecidos en los manuales y reglamentos de la institucion.	SI	Doy cumplimiento de manera permanente a los manuales y reglamentos institucionales.	
Realizar las acciones necesarias que garanticen la plicacion de cadena de custodia en los caso que se reaquieran	SI	Realizo apoyo al medico y/o jefe del servicio para garantizar la cadena de custodioa según demanda.	
Alimentar permanentemente los sistemas de informacion que esten a su cargo y mantenerlos al dia.	SI	Realizo el registro oportuno en los diferentes formatos que sean requeridos por el servicio para mnatener el sistema de informacion vigente (libros,Inventarios,certificados, laboratorios,etc)	
Presentar las evaluciones trimestrales programadas por el hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	SI	Participo en las diferentes convocatorioas realizadas por la Institucion para reentremamiento en puesto de trabajo.	
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato.	SI	Mantendre toda la disposicion para ejecutar las actividades asignadas por el supervisor del contrato o jefe inmediato según se requiera.	
Asumir al 100% la glosa que se generada por la firmas interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidada oportunidada o de otra índole que tenga responsabilidad el contratista	SI	Asumire el 100% la glosa que genere según los informes de las firmas interventoras.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (1.627.200) UN MILLON SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS PESOS M/ CTE

Marlene Castilla
CC. 32 827 957.

NOMBRE COMPLETO CEDULA 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 2018-03-15, 02:36:01 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1011139068 Referencia pago(PIN) 8885398780

Periodo Cotización 201803 Periodo Servicio 201803

Cliente:

PAGADA 2018-03-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARLENE CASTILLA				
Documento	CC 32827957	**Dirección**	CARRERA 106 # 14-89		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3004505327		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CASTILLA MARLENE	**Identificación**	CC 32827957		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 32827957		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CASTILLA MARLENE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
SIG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trea. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trea. 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
															0	30	30	30	0			$ 781.242	231001		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-28	3	2,436 %	$ 781.242	$ 19.100	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	SALUD TOTAL EPS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800