Secretaría de Salud 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:	MARLENE CASTILLA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	32827957							
CORREO ELECTRONICO:	castillamarlene@hotmail.com				CELULAR:	3209096860							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALAS DE CIRUGIA				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	C01	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	5					
NÚMERO DE CDP	962	FECHA	28/05/2018	NÚMERO DE CRP	24815	FECHA	31/05/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión como Auxiliar 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	6	18		30	6	18		
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:	$7.881.750
VALOR EJECUTADO	$7.525.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.474.650
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$355.950
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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1012946355	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

Claudia Benavides

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ

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

Ubicación del Servicio:	SALAS DE CIRUGIA			Sede: USS FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	1363-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	18		30	6	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 conocimientos 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 como tecnico auxiliar de enfermeria en el servcios asignado que garantiece el cuidado integarl al paciente.	ENTREGA DE TURNO
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 hallazgos que permitan la toma de desiciones en su tratamiento.	REGISTRO SISTEMAS DE INFORMACION
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.	SEGUIMIENTO PACIENTE ASISTENCIAL
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.	LIBROS HISTORIA CLINICA INFORMACION MEDICO DE TURNO
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.	ENTREGA DE TURNO
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 medico tratante con previa verificacion de los 10	CUANDO SE REQUIERA
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.	SISTEMA DE INFORMACION
Proponder 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.	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.	CUANDO SE REQUIERA
Adherirce a las guias de manejo institucionales.	SI	Conozco y coloco en practica las diferentes guias de manejo institucionales para la realizacion de procedimientos.	SISTEMA DE INFORMACION
Cumplir y vigilar la adherercia a la tecnica de asepcia y antisepcia y adherercia al manual de bioseguridad.	SI	Realizo todas las medidas de prevercion 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.	SISTEMA DE INFORMACION, ALMERA E INTRANET
Diligenciar los formatos de notificacion obligatoria evertos adversos e infecciones intrahospitalarias	SI	Registro los evertos presentados y notifico a quien corresponda su verificacion y seguimiento.	LIBROS DE NOTIFICACION
cumplir con las normas y procedimtos establecidos en los manuales y reglamentos de la institucion.	SI	Doy cumplimiento de manera permanente a los manuales y reglamentos institucionales.	PARTICIPACION ACTIVA
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.	CUANDO SE REQUIERA
Alimentar permanertemente 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 mnaterer el sistema de information vigente (libros,Invertarios,certificados, laboratorios,etc)	REGISTRO SISTEMAS DE INFORMACION
Presentar las evaluciones trimestrales programadas por el hospital para medir la adherercia 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.	CUANDO SE REQUIERA
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato.	SI	Manterdre toda la disposicion para ejecutar las actividades asignadas por el supervisor del contrato o jefe inmediato según se requiera.	CUANDO SE REQUIERA
Asumir al 100% la glosa que se generada por la firmas interventora al determinar incorsistencias en soportes y acciones de calidada oportunidada o de otra irdole que tenga responsabilidada el contratista	SI	Asumire el 100% la glosa que genere según los informes de las firmas interventoras.	NO APLICA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1,474,650 UN MILLON CUATROSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

Marlene Castilla
CC-52.827.957
NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Claudio Quintero

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 2018-06-15, 08:50:54 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1012946355 Referencia pago(PIN) 8885398780

Periodo Cotización 201806 Periodo Servicio 201806

Cliente:

PAGADA 2018-06-06

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			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	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
																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

¡El Poder de lo SIMPLE!