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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CRISTIAN CAMILO BRAVO HERRERA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1023860555						
CORREO ELECTRONICO:	725ccbh@gmail.com				CELULAR:	3123445477						
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										
ENTIDAD FINANCIERA:	AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	084844849								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1818 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1				
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10010	FECHA	31-01-18			
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 FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2018		28	2	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.
REALIZA 18 HORAS ADICIONALES

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.704.242
VALOR EJECUTADO	$2.714.226
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.714.226
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.990.016
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	31%

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 **$1.844.293**, 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
4202525577	1,114,958	$139.400	$178.400	3	$27.200	**$345.000**

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

Claudia Benavides
CLAUDIA BENAVIDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1023860555
CRISTIAN CAMILO BRAVO HERRERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by TapScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 1 / Fecha de aprobación: 02/04/2017 / Código: 04-GE-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA					Sede: UNIDAD FONTIBON			
No. DE CONTRATO:	SO 1818 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CRISTIAN CAMILO BRAVO HERRERA	C. C.	1.023.860.585			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 ENFERMERA 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 clínica 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 enfermería, se realiza asignación de actividades del servicio relacionadas con la atención del paciente al personal auxiliar de enfermería teniendo en cuenta la demanda del servicio	
Revisar, visar y ejecutar las Ordenes Medicas registradas en las Historias Clínicas por el Medico Tratante.	SI	Se realizó la revisión de historias clínicas a diario y según nuevas ordenes medicas durante el turno, y se dio cumplimiento a ellas, garantizando la oportunidad y calidad en la atención.	
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	
Coordinar y verificar las acciones realizadas por las Auxiliares de Enfermería asignadas al servicio correspondiente.	SI	Se delegaron las actividades propias de la atención en salud a los pacientes y se verifico su cumplimiento oportuno. Así como la aplicación de la estrategia SOL y SEC garantizando el orden y limpieza del servicio	
Participar activamente en la revista clínica diaria y en otro tipo de estudios clínicos 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.	
Establecer los planes del cuidado de enfermería, en los pacientes que por su condicion clínica lo requieran.	SI	Se dio cumplimiento a la elaboración y seguimiento del plan de enfermería indicando patron funcional alterado y actividades propias a desarrollar.	
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.	
Elaborar y supervisar los registros de enfermería en la Historia clínica adhiriendose a la sitematización.	SI	Se verificó en recibo y entrega de turno al azar historias clínicas garantizando la completitud de los registros tanto físicos como sistematizados.	
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.	
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 barreras	
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.	
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.	
Mantener informado al Referente de Enfermería sobre las novedades que se presenten con el servicio a su cargo.	SI	Se cumplió con las guías de manejo institucional y se supervisó el cumplimiento por parte de las auxiliares y profesionales que participan en la atención en salud del paciente.	
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.	
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.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 2.714.226) DOS MILLONES SETECIENTOS CATORCE MIL DOCIENTOS VEINTE Y SEIS PESOS M/CTE

Cristian Camilo Bravo Herrera

NOMBRE COMPLETO, FIRMA DEL CONTRATISTA: 1023860585

Fecha - diligenciado Firma de recibido supervisor: Claudia Fernandez

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

Scanned by TapScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023900555
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CRISTIAN CAMILO BRAVO HERRERA BRAVO HERRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOACHA
DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	KR 14 ESTE 4000-01 APT 201-BLOQ 27
TELÉFONO:	7265718
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4202525577
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2018
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2018
DÍAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/02/06
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1697558560

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201-PORVENIR	1	$ 176.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 176.400	$ 0	$ 176.400
SUBTOTALES:										$ 176.400	$ 0	$ 176.400

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 139.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 139.400	$ 0	$ 0	$ 139.400
SUBTOTALES:													$ 139.400	$ 0	$ 0	$ 139.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 27.200	$ 27.200	$ 0	$ 0	$ 27.200
SUBTOTALES:									$ 27.200	$ 0	$ 0	$ 27.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CUM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1023900555	BRAVO HERRERA CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.114.958				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PORVENIR	30	$ 1.114.958	$ 176.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 176.400

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.114.958	$ 139.400	$ 0	$ 139.400

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-28-SURATEP-AGRICOLA	30	$ 1.114.958	1023900555	$ 27.200

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 345.000

Planilla Pagada

Scanned by TapScanner