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
Fecha de aprobación	31/03/2017
Código	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA MARIA SANTOS CASTAÑEDA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016036393						
CORREO ELECTRONICO:					CELULAR:	3232165968						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALA DE PARTOS				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	%
	D02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24071961312								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	1801-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9993	FECHA	31/01/2018			
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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12.915.972
VALOR EJECUTADO	$3.088.602
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.088.602
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9.827.370
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	24%

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
8476145586 - 8476427958	$1.235.440,00	$154.430	$197.670	3	$30.095	**$382.196**

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 XIMENA BENAVIDES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LAURA MARIA SANTOS C.

LAURA MARIA SANTOS CASTAÑEDA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Version	7
Fecha de aprobación	03/04/2017
Codigo	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C

Ubicación del Servicio:	SALA DE PARTOS			**Sede: UNIDAD FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	1801-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA MARIA SANTOS CASTAÑEDA		**C. C.**	1.016.036.393			**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 clinica 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 enfermeria, se realiza asignación de actividades del servicio relacionadas con la atención del paciente al personal auxiliar de enfermeria teniendo en cuenta la demanda del servicio	
Revisar, visar y ejecutar las Ordenes Medicas registradas en las Historias Clinicas 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 Enfermeria asignadas al servicio correspondiente.	SI	Se delegaron las actividades propias de la atención en salud a los pacientes y se verifico su cumplimiento oportuno. Asi como la aplicación de la estrategia SOL y SEC garantizando el orden y limpieza del servicio	
Participar activamente en la revista clinica diaria y en otro tipo de estudios clinicos 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 enfermeria, en los pacientes que por su condicion clinica lo requieran.	SI	Se dio cumplimiento a la elaboración y seguimiento del plan de enfermeria 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 enfermeria en la Historia clinica adhiriendose a la sitematización.	SI	Se verificó en recibo y entrega de turno al azar historias clinicas garantizando la completitud de los registros tanto fisicos 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	
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 Enfermeria sobre las novedades que se presenten con el servicio a su cargo.	SI	Se cumplió con las guias de manejo institucional y se superviso el cumplimiento por parte de las auxiliares y profesionales que participan en la atención en salud del	
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): (3,088,602) TRES MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL SEISIENTOS DOS PESOS M/CTE

LAURA MARIA SANTOS C.
1016036393.

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA _____

Claudia Bernardes

Fecha dd/mm/aaaa Supervisor CLAUDIA [illegible]

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016036393		SANTOS CASTAÑEDA LAURA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra123 #13 c 75 casa 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3879431	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	74723627	8476145586	I	2018/02/21	2018/02/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$347,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,123,128**	**$179,800**			**$1,123,128**	**$140,400**			**$0**	**$0**			**$1,123,128**	**$27,400**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,123,128	$179,800			$1,123,128	$140,400			$0	$0			$1,123,128	$27,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,123,128	$179,800			$1,123,128	$140,400			$0	$0			$1,123,128	$27,400		$0	$0
1	CC 1016036393	SANTOS LAURA	25-14	30	$1,123,128	$179,800	EPS044	30	$1,123,128	$140,400		0	$0	$0	14-28	30	$1,123,128	$27,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,123,128	$179,800			$1,123,128	$140,400			$0	$0			$1,123,128	$27,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016036393		SANTOS CASTAÑEDA LAURA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra123 #13 c 75 casa 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3879431	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	74723627	8476145586	I	2018/02/21	2018/02/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$347,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,800	$0	$0	$179,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$179,800	$0	$0	$179,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,400	$0	$0	$27,400
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$27,400	$0	$0	$27,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,400	$0	$0	$140,400
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$140,400	$0	$0	$140,400
TOTAL				**1**	**$347,600**	**$0**	**$0**	**$347,600**

PAGADO