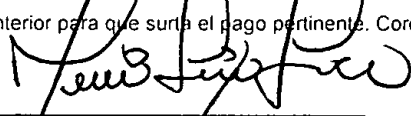
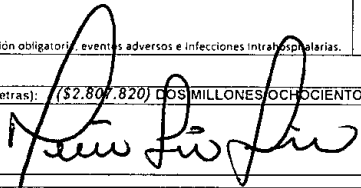
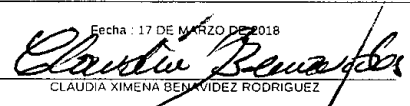


16060

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			MAIRA LICETH FIERRO HERRERA								
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.			1075267446		
CORREO ELECTRONICO:			mayfierrito_1992@hotmail.com			CELULAR:			3125083005		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED SUROCCIDENTE					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			TRIAGE			SEDE:			Fontibon		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		1103	25%	1203	25%	1303	25%	1503	25%		
ENTIDAD FINANCIERA:			BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:			Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			45330738301			PENSIONADO			No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			1803 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2		
NÚMERO DE CDP		33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		9995	FECHA	31/01/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	3	2018		31	3	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$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:						\$8.704.242					
VALOR EJECUTADO						\$5.522.046					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2.807.820					
VALOR A LIBERAR						\$0					
SALDO POR EJECUTAR						\$3.182.196					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						63%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:											
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
1011935225	\$1.123.128,00	\$140.391	\$179.700	3	\$27.359	\$347.451					
Dado en Bogotá a los : días del mes de MARZO del año Dos mil dieciocho. (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.											
 CLAUDIA XIMENA BENAVIDEZ RODRIGUEZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 MAIRA LICETH FIERRO HERERA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA					

Ubicación del Servicio:		MEDICINA INTERNA				Sede: FONTIBON			
No. DE CONTRATO:	1803 - 2018		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
			1	3	18	31	3	18	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAIRA LICETH FIERRO HERRERA				C.C.	1075267446			
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 ENFERMERO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente									
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐									
OBLIGACIONES CONTRACTUALES			PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS		
Dar cuidado directo al paciente que por su condición 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 Médico 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 verificó 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 investigación 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 condición 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 Institución.			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 adheriéndose a la sistematización.			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 adversos.			SI	Se aplicó todas las medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias como lavado de manos, aislamiento y técnica aséptica, además de aplicar las barreras para la prevención de eventos adversos. También se registraron los eventos presentados.					
Participar activamente en la organización de los servicios para lograr el buen funcionamiento, en especial en código azul, eventos catastróficos y de inminente riesgo intra y extramural.			SI	Se organizó el servicio para la atención de códigos azules, y se verificó el cumplimiento de los puntos de control de carro de paro.					
			SI	Se solicitó el material de consumo y se realizó control para el uso adecuado del mismo en el servicio.					
Realizar, controlar y supervisar adecuadamente los pedidos de material de consumo y devolutivo en los servicios asignados.			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.					
Adherirse a las guías de manejo institucionales.			SI	Se aplicaron listas de chequeo de los diferentes procedimientos realizados garantizando técnica de asepsia y antisepsia y manual de bioseguridad.					
Diligenciar los formatos de notificación obligatorios de eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.			SI	Se notificaron los eventos adversos e infecciones intrahospitalarias identificados en el servicio. Se verificó la notificación de eventos de interés en salud pública.					
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$2.800.820) DOS MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS MCTE									
 MAIRA LICETH FIERRO HERRERA C.C. 1075267446					Fecha: 17 DE MARZO DE 2018  CLAUDIA XIMENA BENAVIDEZ RODRIGUEZ				

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el área o servicio donde presta los servicios

Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios

No. De Contrato: Diligencie número de contrato

Periodo certificado desde el: Diligencie la fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar

Nombre del Contratista: Diligencie su nombre

C.C.: Diligencie su cedula de ciudadanía

De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadanía

El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.

Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato

Programado: Diligencie (SI o NO) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada

Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones

Productos entregados: Que productos surgieron de las actividades realizadas

Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones

Total a Pagar: Diligencie el valor en número y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

Fecha creación reporte: 2018-03-13. 02:49:09 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1011935225

Periodo Cotización: marzo de 2018

Periodo Servicio: marzo de 2018

Referencia pago (PIN): 8888334300

PAGADO 13/03/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MAIRA LICETH FIERRO HERRERA	Dirección	CALLE 22 A 50 55
Documento	CC1075267446	Teléfono	3125083005
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA	Identificación	CC 1075267446
Representante Legal	FIERRO HERRERA MAIRA LICETH	ARP	ARP SURA
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Actividad y Nombramiento	Tipo Colaborante	Subtipo Colaborante	ING	RET	RET P	TUE	TUE P	TOD	TAP	VED	COR	VER	SLN	DE	UMA	VAC	NOCT	BP	DAE AFP	DAE EPS	DAE OCP	Administradores	IBC Permisión	Aporte Permisión	Administradores	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradores	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SEHA	Aporte ICSP	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1075267445	MAURA LICETH FIERRO HERRERA	OS	00																0	30	30	30	(2300301) PORVENIR	\$ 1.120.248	\$ 179.300	(EP5037) NUEVA EPS	\$ 1.120.248	\$ 140.100	2.436	\$ 1.120.248	\$ 27.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 346.700

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgo	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgo	Aportes Cajas	Aportes Sens	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.120.248	\$ 1.120.248	\$ 1.120.248	\$ 0	\$ 179.300	\$ 140.100	\$ 27.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 346.700	\$ 500	\$ 347.200