

OK 53 N2

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Sandra Milena Gallo Chamorro										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO.		1123326420					
CORREO ELECTRONICO:		smg2660@gmail.com				CELULAR:		3102998933				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		KE10										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		URGENCIAS				SEDE:		Kennedy				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	B02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:		Bancolombia				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		91295813356							PENSIONADO		No	

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4998 DEL 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	1250	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP	35706	FECHA	31/07/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL DE ENFERMERÍA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	8	2018		31	8	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$2.576.244							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		\$0			

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$4.681.657
VALOR EJECUTADO	\$4.352.964
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.576.244
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$328.693
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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
29517893	\$1.030.498	\$128.812	\$164.880	3	\$25.103	\$318.795

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

DIANA MARITZA BELTRÁN BEJARANO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA MILENA GALLO CHAMORRO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

OK 1mo N2.

22-08-2018

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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:	URGENCIAS		Sede: KENNEDY		
No. DE CONTRATO:	4998 De 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
			1	8	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Sandra Milena Gallo Chamorro		C. C.	1.123.326.420	Orlito (ptyo)

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 PROFESIONAL 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
1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar: -2. Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería. -3. Realizar procedimientos especiales. -4. Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el médico tratante. Usuario -5. Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio. -6. Preparar y administrar, mezclas, diluciones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas. -7. Revisar Historias Clínicas, actualizar Kárdex, tarjetas de droga, Si/normas Institucionales. -8. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 9. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades -10. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. -11. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 12. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	100%	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2- Revisar Historia Clínica, Actualizar, Kárdex y Tarjeta de medicamentos, Registra plan de cuidado. 3-Supervisar y firmar las notas de enfermería al personal a cargo	1-Anecdotario. 2-Historias Clínicas Revisadas. 3-Registro de enfermería con firma
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 14. Cotejar las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo. -15. Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente. -16. Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordadas con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. -17. Llevar a cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. -18. Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida.	100%	1-Realizar los procedimientos de enfermería asignados al profesional. 2-Realizar dos auditorías mensuales de registros de enfermería.	1-Bitácora. 2-Lista medición de adherencia
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 19. Recibir y entregar turno, obteniendo y dando la información detallada sobre la actividad desarrollada con cada uno de los pacientes.	100%	1-Realizar recibo y entrega de turno según procedimiento institucional. 2-Realizar asignaciones del recurso humano que se tiene a cargo	1-Libro de recibo y entrega de turno. 2-Formato de asignación de actividades
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACIÓN SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 20. Atender las necesidades del equipo de trabajo. -21. Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo. -22. Explicar procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/o familia. -23. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización. -24. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo. -25. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	100%	1-Verificar la realización del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo	1-Lista de verificación
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 26. Aplicar los principios de técnica aséptica. -27. Aplicar las normas universales de bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales. -28. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según su actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	100%	1-Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad	1-Asignación de desinfección. 2-Verificación terminal fin de semana diario
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FÍSICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACIÓN: 29. Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, manteniendo con ellos el registro de mantenimiento. -30. Revisar las necesidades del servicio y mantener los elementos adecuados. -31. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. -32. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución. -33. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. -34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo. -35. Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	100%	1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clínicas de los pacientes a cargo	1-Libro de inventario firmado por el profesional
CAPACITACIÓN, EDUCACIÓN CLÍNICA E INVESTIGACIÓN PERMANENTE: 35. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 36. Identificar necesidades de capacitación dentro de su grupo de trabajo, promoviendo capacitaciones internas en su área.	100%	1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institución en el servicio	1-Formato de capacitación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2,576,244 (Dos millones quinientos setenta y seis mil doscientos cuarenta y cuatro pesos m/cte)

Sandra Milena Gallo Chamorro NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CCI 123326420	 DIANA MARITZA BELTRÁN BEJARANO
--	---

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

de
duo
TW 2

DATOS DE LA PLANILLA						
PERIODO COTIZACIÓN			TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD	DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO			
8	2018	8	2018	I	15/08/2018	29517893
						\$319,000

[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800258161-9	25,200				25,200	0	0	25,200			252	25,200	1

TOTALES CAJAS					
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	No. Afiliados	
				Días Mora	Total a Pagar

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IMP y Mora
Salud	1	128.900
Partición	1	164.900
Riesgos Laborales	1	25.200
CCF	0	0
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	3	319.000

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO			
CC	1123328420	Sandra Milena Gallo Chamorro	Cra 69 P # 83-69	5229456	smg2666@gmail.com			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.			

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/SIG)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
ME3	AÑO	ME3	AÑO				
8	2018	8	2018	1	15/09/2018	22617893	4379.000

[illegible]

ADAGAD

Información básica de la planilla

Empresa:	Sandra Milena Gallo Chamorro	NIT:	1123326420
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	agosto 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	agosto 2018
Número de Radicación:	29517893	Total a pagar:	\$319,000
Fecha de vencimiento:	06/09/2018	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	15/08/2018	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número Autorización:	360838473
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-28	800256161	ARP Sura	1		\$0	\$25,200
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$164,900
EPS005	800251440	Santas EPS	1		\$0	\$128,900
						\$319,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

OK
246
17/2

Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual: Vista: Usuario

Warning: Activity deletion in progress! Some grades are about to be removed.

Usuario - SANDRA MILENA GALLO CHAMORRO

Informe general

Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual						
☒ Desarrolla las siguientes preguntas.	33.33 %	10.00	0-10	100.00 %		33.33 %
☒ Desarrolla las siguientes actividades	33.33 %	10.00	0-10	100.00 %		33.33 %
☒ Desarrolla la siguiente actividad de evaluación	33.33 %	10.00	0-10	100.00 %		33.33 %
Σ Total del curso	-	30.00	0-30	100.00 %		-

ok
duo
m2

seguridad al paciente: Vista: Usuario

Warning: Activity deletion in progress! Some grades are about to be removed.

Usuario - SANDRA MILENA GALLO CHAMORRO

Informe general Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
Seguridad al paciente						
☒ Revisemos si aprendimos realizando esta actividad de evaluación	50.00 %	10.00	0-10	100.00 %		50.00 %
☒ Resuelve las siguientes actividades	50.00 %	10.00	0-10	100.00 %		50.00 %
Σ Total del curso	-	20.00	0-20	100.00 %		-

de
AUB
MVC