

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA
PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-PO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANNY FERNANDA RUIZ DUARTE											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.	1018481468						
CORREO ELECTRONICO:		ANNYFRUIZ@GMAIL.COM				CELULAR:	3222516667						
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:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		550009400840865						PENSIONADO		No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4333 DE 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 4	
NÚMERO DE CDP	1250	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP	35153	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:	\$2.753.916
-----------------------------	-------------

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	\$0
-------------------	-------------	---------------------	-----

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$7.738.394
VALOR EJECUTADO	\$7.738.394
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.753.916
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

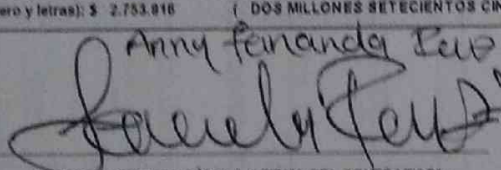
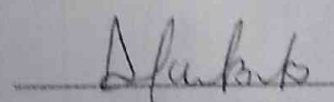
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
29512730	\$1.101.566,40	\$137.696	\$176.251	3	\$26.834	\$340.781

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:

Anny Fernanda Ruiz Duarte
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ubicación del Servicio:		URGENCIAS		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	4333 De 2015	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	8	2018		31	8	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANNY FERNANDA RUIZ DUARTE		C. C.	1.018.481.468			DE	Bogotá	
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 ☒ 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. Valorar porque la atención del paciente cumpla con el NO 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 Kardex, tarjetas de droga, Síntomas 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 adoptan 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 Kardex y Tarjeta de medicamentos, Registrar 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, CRONOLOGÍA, 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 acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. -17. Usar 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-Báscora. 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. Valorar 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 adoptan 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			
EPIDEMIOLOGÍA, 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 IDENTIFICACION: 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. Valorar 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. Liberar 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): \$ 2.753.816 (DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIEZ Y SEIS PESOS pesos m/cte)										
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:					 DIANA MARITZA BELTRÁN BEJARANO					

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1018481468	ANNY FERNANDA RUIZ DUARTE		Cll 72A bis sur 78B-26	3222518667	Annyruiz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	15/08/2018	29512730	\$340.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860056942-7	137.700	0		0		0	0	0	0	137.700	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	176.200	0	0	0	0	0	0		176.200	1

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	800256161-9	26.900				26.900	0	0	26.900			269	26.900	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	137.700	137.700
Pensión	1	176.200	176.200
Riesgos Laborales	1	26.900	26.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	340.800	340.800

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAQ 2.06.2

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	PERIODO COTIZACIÓN	FECHA PAGO (DIAMESBUNO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
CC	1019431468	ANNY FERNANDA RUZ DUARTE	CI 724 Sur Sur 798-26	3222519867	annyfuz@gmail.com	2018	10/09/2018	205/22/30	\$340.800
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	MES	AÑO	MES	AÑO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	8	2018	8	2018

LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD		RECURSOS LABORALES		COT		PROYECTUALES				
		Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de solidaridad	Cot. AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de solidaridad	Cot. EPS	Cotización	Cot. AFP	Cotización	Cotización	IBC AFP	Cotización	Código COT	IBC COT	Agente COT	IBC agente pensionados	Agente SENIA	Agente COT	Agente EDUP	
Nº de identificación	Apellido y Nombre	59	0																							
1019431468	RUZ DUARTE ANNY FERNANDA	59	0																							

PAGADA

Recibida

Aula Virtual de la Subred Sur Occidente E.S.E.

ANNY FERNANDA

Mis cursos This course

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 %
Total del curso	-	20.00	0-20	100.00 %		-

Seguridad al paciente

Participantes

CUENTA AGOSTO.xls

ComprobantePSE2...pdf

planilla.pdf

Mostrar todo

Handwritten signature

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

360923961

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

15/08/2018

Número de aprobación

00923961

Dirección IP

181.144.140.136

Valor transacción

\$ 340.800,00

Referencia 1

181.144.140.136

Referencia 2

CC

Referencia 3

1018481468

Severina Ruz