	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3
		Fecha de aplicación	18/12/2018
		Código	[illegible]

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SALINAS BALLESTEROS YECICA PAOLA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C C	X	C E		NO	1.022.378.329							
CORREO ELECTRONICO:	YESI1992@HOTMAIL.COM				CELULAR	3106999316							
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10												
LOCACIÓN DEL SERVICIO:	RECUPERACION				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A23	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	000 570 11 75 23									PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1501 /2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			13 de 13			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2018		31	12	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.576.350									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			$0					

OBSERVACIONES Horas laboradas 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	21.204.450
VALOR EJECUTADO	$20.187.450
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.576.350
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$228.825
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.963.105**, 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
31656449	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de diciembre del año Dos Mil Diez y OCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

SANDY MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Yecica Paola salinas B
YECICA PAOLA SALINAS BALLESTEROS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

Versión: 8
Fecha de aprobación: 10/08/2015
Código: 13-SGC-FO-0055

Ubicación del Servicio:	RECUPERACION					**Sede:** KENNEDY				
No. DE CONTRATO:	1601-2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	12	2 018		31	12	2 018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YECICA PAOLA SALINAS SALLESTEROS		**C. C.**	1 022 379 329		**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 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 ___

	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 lineamientos técnicos y de Enfermería -3. Realizar procedimientos asignados - 4 Velar porque la atención del paciente cumpla con el HC ordenado por el médico tratante Usuario -5. Participar en la revista y visita medica en los pisos/sitios del servicio -6 Preparar y administrar insumos ordenados y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas -7 Revisar Historias Clínicas actualizar Kardex, Tarjetas de drogas, Esquemas institucionales -8 Realizar personalmente las actividades propias del contrato para lo cual fueron suscritos y responder por el servicio en las actividades delegadas en que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por lo correspondiente a sus subordinados. 9. Declarar 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 ente empleador y de las autoridades competentes. -11. Realizar personalmente las actividades propias del contrato para la cual fueron contratados y responder por el ejercicio de las actividades delegadas en que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por lo correspondiente a sus subordinados. 12. Declarar 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 Clinica,Actualizar,Kardex y Tarjeta de medicamentos, Registra plan de cuidado 3-Supervisar y firmar las notas de enfermeria al personal a cargo	1-Anecdotario 2-Historias Clinicas Revisadas 3-Registro de enfermeria con firma
REGISTROS OPORTUNOS EN ENMENDADURAS CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES 14. Cumplir las prescripciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo -15 Realizar los procedimientos de Enfermería que generen los usuarios. Registrar el Registro correspondiente. -16 Diligenciar y REPORTAR oportunamente todas las novedades ocurridas con el cliente del Contrato en coordinación con el interventor del mismo. -17 Llevar a cabalidad los formatos de historias clínicas de acuerdo con la establecido por las normas vigentes, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la institución, recordando todas anotación con letra y sello. -18 Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado y de la cual tenga acceso y impedir o evitar la alteración destrucción, ocultamiento o utilización indebida	100%	1-Realizar los procedimientos de enfermeria asignados al profesional 2-Realizar dos auditorias mensuales de registros de enfermeria	1-Bitacora 2-Lista medicion de adherencia
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO 19. Recibir y entregar turno, observaciones y demás información detallada sobre la actividad desarrollada con cada una 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 asignacion de actividades
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACION ASERTIVA, HUMANIZACION 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 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, responsabilidad y calidad 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 ente empleador y de las autoridades competentes	100%	1-Verificar la realizacion del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo	1-Lista de verificacion
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 de reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, cumpliendo procedimientos seguros de trabajo según la actividad a realizar en la institución. Así como asistencia 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 funcionamiento	100%	1-Cumplir con las normas segun el manual de bioseguridad	1-Asignacion de desinfeccion 2-Verificacion terminal fin de semana diario
MANEJO USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION. 29. Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, mantenerlos con aseo y registro de mantenimiento -30. Revisar los requerimientos del servicio y entregar los suficientes oportunamente -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 del servicio según los parámetros de la institución -33 Conservar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y reglamentos y cumpliendo los formatos establecidos para esta función -34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los egresos de ubicación, traslados, egresos o pérdidas de los bienes bajo el mismo nombre -35 Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo al cargo y la información reservada en forma prudente para los fines que corresponden.	100%	1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clinicas de los pacientes a curso	1-Libro de inventario firmado por el profesional
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE 36. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 36. Identificar necesidades de capacitación dentro de su grupo de trabajo, proponiendo capacitaciones internas en su área	100%	1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institucion en el servicio	1-Formato de capacitacion

OBSERVACIONES: 184 HORAS

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): $1,675,350 (UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CT)

NOMBRE FUNCIONARIO ORDENA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YECICA PAOLA SALINAS SALLESTEROS

YECICA SALINAS 1022379329

Nombre, cargo y firma supervisor: Sandra Abel

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

Scanned by CamScanner

Compensar | miplanilla.com

Pag. 1 de 1

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YECICA PAOLA SALINAS BALLESTEROS
No. Identificación: CC1022379329
Dirección: KR 77 M 51 A 33 SUR
Telefono: 3106999936
Correo: yesik1992@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 31656449

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YECICA PAOLA SALINAS BALLESTEROS
Tipo y número de identificación	CC1022379329
Número de planilla	31656449
Fecha pago	2018-12-05
Número de autorización pago	363689
Banco	1063

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	257500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fiar	15700	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1022379329
APELLIDOS Y NOMBRES: YECICA PAOLA SALINAS BALLESTEROS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0

Yecica P. Salinas
1.022.379.329.

Scanned by CamScanner