

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

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SALINAS BALLESTEROS YECICA PAOLA										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO.		1.022.379.329					
CORREO ELECTRONICO:		YESIK1992@HOTMAIL.COM				CELULAR:		3108999938				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		KE10										
UBICACIÓN 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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1601		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		14 de 14			
NÚMERO DE CDP	26	FECHA	10/01/2019	NÚMERO DE CRP	8793	FECHA	15/01/2019		
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	1	2019		31	1	2019

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:	21.992.625
VALOR EJECUTADO	\$21.763.800
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 cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.963.105, 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
32408617	\$781.242.00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

Dado en Bogotá a los () días del mes de ENERO del año Dos Mil Diez y OCHO (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

SANDY LORENA MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YECICA PAOLA SALINAS BALLESTEROS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
cc: 1022379329

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 3 Fecha de aprobación: 18/02/2018 Código: 16-02-FG-0002	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ
---	--	--	--

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DE RECIBEN NACIDOS	Sede: KENNEDY
No. DE CONTRATO:	1601	Periodo certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YECICA PAOLA SALINAS BALLESTEROS	C. C. 1.022.379.329 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 ☐

	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 cumple con el HO ordenado por el médico tratante. Usuario. -5. Participar en la revisión 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, Síntomas Institucionales. -8. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratada 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 contratada 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, 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-Bitacora 2-Lista medicion 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 asignacion 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 respecto, 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-Asignacion de desinfeccion 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 o pérdidas de 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: 36. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la Institución. 38. 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 capacitacion

OBSERVACIONES: 186 HORAS

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1,576.350 (UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIS TRECIENTOS CINCUENTA PESOS MCT.)

Yecica Paola Salinas
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YECICA PAOLA SALINAS BALLESTEROS
1022379329

Firma de recibido supervisor:

Sander M...

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

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: 32408617

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	32408617
Fecha pago	2019-01-14
Número de autorización pago	392362
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	258100
Total Intereses de Mora	600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19200	1
230201	Protección (ING + Protección)	125200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensación Fliar	15800	1
EPS002	Salud Total EPS	97900	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 paola salinas.
 cc: 1022379329.