OK

Sur Occidente E.S.E.

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	04-03-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA	PINO FONTALVO MARIA ANGELICA											
TIPO DE DOCUMENTO	C C	X	C E		NO	1040933173						
CORREO ELECTRONICO	ANGELICAP-29@hotmail.com				CELULAR	3112536068						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD						KE10						
UBICACIÓN DEL SERVICIO	ORTOPEDIA				SEDE	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	102	100										
ENTIDAD FINANCIERA	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	452970033463								PENSIONADO	NO		

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

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	1782-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 DE 7				
NUMERO DE CDP	1250	FECHA	27/07/2018	NUMERO DE CRP	11445	FECHA	31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO	PROFECIONAL DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$2.901.414									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES : 186 HORAS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$20.309.898
VALOR EJECUTADO	$18.999.582
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.901.414
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.310.316
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4230413581	$1.160.566,00	$145.100	$185.700	3	$28.300	**$359.100**

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

ANA TULIA RINCON
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PINO FONTALVO MARIA ANGELICA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

dc

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: 04-03-FO-0007

Ubicación del Servicio:	ESPECIALISTAS				**Sede:** KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	1762-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	9	2018		31	9	2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PINO FONTALVO MARIA ANGELICA		C. C.	1.049.533.173	DE	CARTAGENA				

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** dela 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 e identificación. 2. Ejecutar con criterio, acciones diligentes, según tratamiento Médico y de Enfermería. 3. Realizar procedimientos especiales. 4. Velar porque la atención del paciente cumpla con el NO ordenado por el médico tratante. Usuario. 5. Participar en la revisión y valoración médica de los pacientes del servicio. 6. Preparar y administrar inyectes, dilusiones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas. 7. Realizar Historias Clínicas, actualizar Kárdex, tarjetas de droga, Diagnosticos médicos. 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 incumba 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 incumba 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 Clinica,Actualizar,Kardex y Tarjata 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 SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA, LEGIBLES Y VERACES. 14. Colegar las anotaciones de enfermeria que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo. -15.Realizar los procedimientos de Enfermeria que amparen 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.Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria 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 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, 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, 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/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 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 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-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, mantenendo con diligencia 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 sus funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. 34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación. Instalados, 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 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. 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 institucion en el servicio	1-Formato de capacitacion

OBSERVACIONES: 186 HORAS LABORADAS

TOTAL A PAGAR (Honorarios y otros): $2.901.414 DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS MCTE

PINO FONTALVO MARIA ANGELICA

CEDULA DE CIUDADANIA 1.049.533.173

OK-E
JW
TN2

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO PLANILLA	423041[illegible]
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]	TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	MARIA ANGELICA PINO FONTALVO PINO FONTALVO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2016
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES agosto AÑO 2016
DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DIAS DE MORA	0
DIRECCIÓN	[illegible]	FECHA PAGO (aaaammdd)	2016[illegible]
TELÉFONO	[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]
TIPO APORTANTE	I-INDEPENDIENTE		
CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE		
TIPO EMPRESA	PRIVADA		
ACTIVIDAD ECONÓMICA	Personas Naturales sin Actividad Económica		
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	NO		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.700	$ 0	$ 185.700
SUBTOTALES										$ 185.700	$ 0	$ 185.700

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 146.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 146.100	$ 0	$ 0	$ 146.100
SUBTOTALES													$ 146.100	$ 0	$ 0	$ 146.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1		$ 0	$ 0		$ 0	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	[illegible]
SUBTOTALES									[illegible]	$ 0	$ 0	[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN DÍAS COT	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSIÓN TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	Vr UPC	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1	CC [illegible]	PINO FONTALVO MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS		$ 1.160.966	NO	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.966	$ 185.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.700	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.966	$ 146.100	$ 0	$ 146.100	14-28-SURATEP-AGRICOLA	30	$ 1.160.966	[illegible]	[illegible]		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 359.100

ok
[illegible]

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
CC	1049533173	PINO	FONTALVO	MARIA	ANGELICA	2018-07	E.P.S. SANITAS	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACION	DIAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
E.P.S. SANITAS	07/2018	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2018	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2018	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2018	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2018	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2018	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2018	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2017	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2016	11/04/2013	30	COTIZANTE	4023