

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

Versión 2
Fecha de aprobación 31/03/2017
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		YURI CAROLINA MEDINA TORRES										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.		1.022.945.110				
CORREO ELECTRONICO:		carolinanafra@gmail.com				CELULAR:		3219903964				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		KE10										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PATOLOGIA				SEDE:		KENNEDY				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	L01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		009400845203						PENSIONADO		NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4206 - 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8			
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:		\$1.496.184							

TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%
-------------------	-------------	---------------------

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$10.074.306
VALOR EJECUTADO	\$10.074.306
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.496.184
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1016555020	\$781.242,00	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685

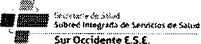
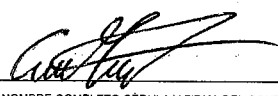
Dado en Bogotá a los ____ días del mes de Diciembre del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

LUDDY MARTIN BACCI

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YURI CAROLINA MEDINA TORRES

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

		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:		PATOLOGIA		Sede: KENNEDY															
No. DE CONTRATO:		4206-2018		Periodo certificado desde el		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>12</td> <td>2018</td> <td>31</td> <td>12</td> <td>2018</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	1	12	2018	31	12	2018
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año														
1	12	2018	31	12	2018														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		YURI CAROLINA MEDINA TORRES		C. C.		1.022.945.110 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 AUXILIAR 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		PROGRAMA DO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS														
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: El contratista: el contratista se obliga para el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: Específicas: (conforme a las contenidas al requerimiento) Generales: además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiera lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes. Al Sistema General de Seguridad Social Integrada durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales y establecidos y de los 15 primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción cuidada y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional dentro del desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes del Sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, Sistema único de Acreditación y Sistema de Información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del Sistema único de acreditación: Gestión del riesgo, humanización de la atención, transformación cultural, gestión clínica excelente y segura, gestión de la tecnología, atención centrada en el usuario y responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas gerenciales, acuerdos institucionales, protocolos éticos, planes, programas, procesos y procedimientos definidos en el marco de la operación la subred suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar en las acciones preventivas y o correctivas, y o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas dentro de los términos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias pendientes al		100	<ul style="list-style-type: none"> Transcripción de Informes de Patología Apoyo en la descripción macroscópica. archivo de laminas histopatológica y bloques de parafina. Radicación diaria de muestras. Entrega de bloques y láminas requeridas. Atención adecuada, oportuna, eficiente, eficaz, amable y de máxima calidad al usuario y al público en general. Suministrar información de acuerdo a los requerimientos.		<ul style="list-style-type: none"> Informes de Patología transcritos. Borrador de descripción macroscópica manuscrito. Muestras radicadas. Bloques y láminas requeridas entregadas. 														
TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHENTA Y CUATRO PESOS (1.496.184)																			
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YURI CAROLINA MEDINA TORRES C.C. 1.013.095.217				 Fecha: - / 12 / 2018 Firma de recibido supervisor: LUDDY MARTIN BACCI															



Referencia pago(PIN) 8890561610

201811

PAGADA 2018-12-07 EN HORARIO EXTENDIDO

DATOS DEL AFILIADO

APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Item	Unit	Quantity	Unit Price	Total Price
1. Material				
2. Labor				
3. Overhead				
4. Profit				
TOTALS				

[illegible]

Carolina Medina
cc 102294110309

Feb



COLSUBSIDIO
SANTA LIBRADA

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8890561610
PLANILLA : 1016555020
PERIODO : 2018/11
REFERENCIA 2: 8890561610

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	242800
			242800

DOCUMENTO



1812070004751463
CONSECUTIVO: 001

DIC 07, 18 17:35

07/Dic/2018 17:36 2100 04 0160 2300660
(COPIA CLIENTE)

Carolina Medina Torres

CC: 1022945110 B09

Sub

Seguridad al paciente: Vista: Usuario

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



Usuario - YURI CAROLINA MEDINA TORRES

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	33.33 %	10.00	0-10	100.00 %		33.33 %
✓ Resuelve las siguientes actividades	33.33 %	10.00	0-10	100.00 %		33.33 %
✓ Resuelve las siguientes actividades	33.33 %	9.46	0-10	94.59 %		31.53 %
Σ Total del curso	-	29.46	0-30	98.20 %		-

Carolina Medina Torres
CC: 1022945110309

fuB