| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E Puerto Carreño - Vichada | **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.**<br>**PROCESO DE GESTIÓN LOGÍSTICA**<br>**CERTIFICACIÓN UNICA DE PAGO**<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS / SUMINISTROS | Control para el progreso<br>Versión: 2<br>Código: GLO-FT-01<br>Fecha: 28/03/2022 |

## INFORMACIÓN BÁSICA

| CONTRATO No. | AÑO | BENEFICIARIO (NOMBRE COMPLETO) | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1.712 | 2022 | SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA | CC | 1.045.309.126 |

| No. DE FACTURA / PAGO | FECHA INICIAL INFORME | FECHA FINAL INFORME | VALOR A COBRAR |
|---|---|---|---|
| 1 | 1 De noviembre De 2022 | 30 De noviembre De 2022 | $ 4.500.000,00 |

| CONCEPTO: | *Honorarios* | X | *Anticipo* | | *Pago Parcial* | | *Pago Total* | | *Otro:* | | *Cúal?* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| NUMERO DE CUENTA BENEFICIARIO | 52200000728 | BANCO | BANCOLOMBIA |
|---|---|---|---|

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E

| SUPERVISOR/INTERVENTOR | DEPENDENCIA (Supervisor/Interventor) |
|---|---|
| SOLANYER VEGA PERDOMO | COORDINADOR PYP |

**CUENTA CONJUNTA PARA MANEJO DE ANTICIPOS**

| No. DE CUENTA | N/A | TITULAR | N/A |
|---|---|---|---|

| CONTROL DE SALDOS DEL CONTRATO | TIPO DE ASIGNACIÓN Y VALOR | | C.D.P. | FECHA EXP. | C.R.P. | FECHA EXP. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Inicial | $ 3.000.000 | 3.121 | 28 - oct. / 2022 | 3.287 | 2 - nov. / 2022 |
| | Adición | $ 1.500.000 | 3.032 | 19 - oct. / 2022 | 3.657 | 25 - nov. / 2022 |

| LIQUIDACIÓN DEL SALDO CONTRACTUAL | VALORES DEL CONTRATO | HISTORIAL DE ANTICIPOS | |
|---|---|---|---|
| **VALOR INICIAL** | *$ 3.000.000,00* | **FECHA** | **VALOR** |
| **+** ADICIÓN | *$ 1.500.000,00* | | $ - |
| **= VALOR TOTAL** | **$ 4.500.000,00** | | $ - |
| **-** TOTAL PAGADO Y/O AMORTIZADO (ANTES DE ESTA FACTURA) | | **HISTORIAL DE PAGOS PARCIALES** | |
| **= SALDO DISPONIBLE** (ANTES DE ESTA FACTURA) | **$ 4.500.000,00** | | $ - |
| **-** PAGADO Y/O AMORTIZADO EN EL PERIORO ACTUAL | *$ -* | | $ - |
| **-** VALOR QUE SE AUTORIZA PAGAR EN ESTA FACTURA | *$ 4.500.000,00* | | $ - |
| **= SALDO FINAL** (DESPUÉS DE ESTA FACTURA) | **$ -** | **TOTAL HISTORIAL** | **$ -** |

**OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/INTERVENTOR:**

| | |
|---|---|
| *Con la presente firma se avala el cumplimiento del presente contrato* | A. **Cumplimiento del objeto del contrato:** Es recibir a entera satisfacción los servicios contratados. |
| | B. **Calidad del servicio:** Es la evaluación de los recursos humanos, técnicos, financieros y materiales indispensables para la prestación óptima del servicio. |
| **SOLANYER VEGA PERDOMO**<br>**SUPERVISOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO** | C. **Cumplimiento de las obligaciones contractuales:** Es la realización de los deberes y funciones propias del objeto contractual. (Tareas, Responsabilidades, Trabajos, Relaciones interpersonales, entre otros) |
| *Con la presente firma se avala que presentó el informe en esta coordinación y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor.* | D. **Copia:** Copia de todos los documentos soportes fueron enviados para archivo en la carpeta original del contrato a la subdirección administrativa y financiera |
| | E. **Informe Parcial:** Presento informe de actividades del mes contractual para que repose en el respectivo contrato, presento certificación de cumplimiento por parte del interventor, copia de pago de salud y pensiones, impuesto de timbre (si hay lugar a ello). |
| **ALVARO ALBERTO CARDOSO CASTRO**<br>**GERENTE** | F. **Informe Final:** A efectos el pago final esta condicionado a la presentación en la subdirección administrativa y financiera del informe final donde conste la ejecución del contrato y la certificación de cumplimiento expedida por el supervisor o interventor. |

| HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E Puerto Carreño - Vichada | **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.**<br>**PROCESO GESTIÓN LOGÍSTICA**<br>**PRESENTACIÓN DE INFORME DE CONTRATISTAS**<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | Versión: 2<br>Código: GLO-FT-04<br>Fecha: 28/03/2022 |
|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Contrato N°.** | 1.712 | **CDP N°.** | 3.032 | **CRP N°.** | 3.657 | **Tipo Informe:** | Final |
| **Contratista:** | SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA | | | | | **Informe de actividades N°.** | 1 |
| **Fecha Inicial Informe N°. 1:** | | 1 de noviembre de 2022 | | **Fecha Final Informe N°. 1:** | | 30 de noviembre de 2022 | |
| **Supervisor:** | SOLANYER VEGA PERDOMO | | | **Dependencia Supervisor:** | | COORDINADOR PYP | |
| **Objeto del contrato:** | PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E | | | | | | |

| | OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA | ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA |
|---|---|---|
| 1 | Ejecutar tratamiento de enfermería de mayor responsabilidad apacientes críticos, personas, familiares y grupos de la comunidad. | Se realiza tratamiento de enfermería de mayor responsabilidad, pacientes durante el mes. |
| 2 | Ejercer control sobre las aplicaciones de métodos y procedimientos de enfermería | Se realiza control de procedimientos de enfermería en el mes. |
| 3 | Revisar historias clínicas e instrucciones médicas en el servicio de hospitalización o ambulatorias a su cargo | Se revisa historias clínicas en el servicio de hospitalización y urgencias en el mes. |
| 4 | Realizar apoyo asistencial al personal médico que así lo requiera | Se realiza apoyo asistencial al personal médico en el mes. |
| 5 | Coordinar y orientar en procedimientos y acciones a las auxiliares | Se coordina acciones y procedimientos a l personal de auxiliares. |
| 6 | Recibir y entregar el turno junto con los demás integrantes del equipo de enfermería en forma presencial haciéndole conocer la situación de los pacientes y aquellas que quedan pendientes de realizar | Se recibe y entrega turno junto al personal de enfermería en forma presencial conociendo situación de pacientes. |

| | | |
|---|---|---|
| 7 | Coordinar y elaborar el cuadro de turno, el cronograma de actividades y tareas del personal a su cargo. | Se coordina y elabora cuadro de turno, actividades al personal a cargo en el mes |
| 8 | Garantizar la ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE que se beneficia de los servicios de la institución | Se garantiza la atención integral a pacientes de los servicios asignados. |
| 9 | Realizar los procedimientos de enfermería de mayor complejidad que según las guías de manejo deben ser realizados por personal idóneo de enfermería | Se realizó procedimientos de enfermería de mayor complejidad siguiendo las guías de manejo. |
| 10 | Prestar y ser garante de un trato a cada paciente | Se realizó prestación de servicio y se garantizó el buen trato a pacientes. |
| 11 | Participar en la socialización de las guías de manejo y protocolo de atención | Se participó en las socializaciones de las guías de manejo. |
| 12 | Velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad por parte del personal de enfermería | Se veló por el cumplimiento de normas de bioseguridad por parte del personal. |
| 13 | Garantizar el cumplimiento de la administración de medicamentos cumpliendo lo estipulado en los "10 correctos" | Se garantizó el cumplimiento de administración de medicamentos basados en los 10 correctos. |

| | | |
|---|---|---|
| 14 | Controlar el estado y funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cargo | Se controló el estado y funcionamiento de equipos y elementos del servicio bajo el cargo del personal. |
| 15 | Coordinar el recibo y entrega de pacientes hospitalizados | Se coordinó el en recibo y entrega de turnos de pacientes hospitalizados. |
| 16 | Realizar periódicamente las rondas de enfermería y diseñar el plan de cuidado del paciente | Se realizó periódicamente las rondas de enfermería y se diseñó el plan de cuidado del paciente. |
| 17 | Registrar y enviar oportunamente los indicadores de desempeño y eventos adversos | Se registró y envió oportunamente los indicadores de desempeño de eventos adversos. |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 21 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |
| 24 | | |

**EVIDENCIAS:** En caso de que las actividades desarrolladas lo ameriten, Relacionelas a continuación y anexelas al final.

| EVIDENCIA 1 | EVIDENCIA 2 | EVIDENCIA 3 | EVIDENCIA 4 |
|---|---|---|---|
| | | | |

**DETALLE DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**

| ITEM - ENTIDAD | MES PAGADO | VALOR PAGADO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|---|
| Salud *MUTUAL SER* | NOVIEMBRE | $ 225.000,00 | Su seguridad social debe estar al día con corte al último mes vencido. (Sujeto a Vigencia de la Norma) |
| Pensión *POVENIR* | NOVIEMBRE | $ 288.000,00 | |
| Riesgos Profesionales *Positiva* | NOVIEMBRE | $ 43.900,00 | **NÚMERO DE PLANILLA** |
| Parafiscales (ICBF - SENA - CAJA DE COMPENSACION) | N/A | $ - | 4471695530 |
| ***Total Cotización:*** | | **$ 556.900,00** | ***Se Anexa Resumen Planilla Pagada.*** |

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe en dos (2) copias originales con destino a: (Tesorería - Jurídica)

Susan De la Hoz LL.

SUSAN KATHERIN DE LA HOZ LLERENA
**CONTRATISTA**

SOLANYER VEGA PERDOMO
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**NOTA:** Corresponde al supervisor revisar que las obligaciones y productos que constituyen el objeto del contrato sean ejecutadas, reportadas en el informe y con los soportes correspondientes, así como el seguimiento técnico, administrativo y financiero según los establecidos en la LEY 1474 de 2011.