| FORMATO | CODIGO | GBS-S1-F2 |
|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS DE PERSONAL Y AUTORIZACIÓN DE PAGO** | VERSIÓN | 10 |
| | VIGENCIA | 10/12/2020 |
| | PAGINA 1 DE 1 | |

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | **DIANA MARCELA ROJAS VARGAS** | | | | | | |
| Dirección | CALLE 23 NO 17-21 | Tel. fijo/celular | 3132634781 | Tipo documento | Cédula de ciudadanía | Número | 1.075.222.094 |
| Zona | Sur | Sede | Canaima | Tipo de servicio | Administrativo | Observaciones | 114 * $ 60.000 |

**DATOS ESPECIFICOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. Contrato | 1067 | F. suscripción | 31/10/2022 | F. legalización | 3/11/2022 | F. acta inicio | 3/11/2022 |
| | | F. suspensión | | F. reinicio | | F. terminación | 30/11/2022 |
| Otro sí No. 1 | | Otro sí No. 2 | | | Otro sí No. 3 | | |
| Objeto | Especialista en medicina familiar para la ese Carmen Emilia Ospina | | | | | | |

**MODALIDAD DE PAGO**

| Médi. C. externa | Médi. Urgencias y hospitalización | Médi. Externa, RCV,PyP (Zona Rural) | Médi. Urgencias y Hospitalización (respiratorio) | Médi. (C.externa domiciliarias) urgencias. | Médi. C.externa, RCV,PyP y medico general unidad móvil | | Enfermera consulta externa, | Aux. enfermería consulta externa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21.400 | 28.000 | 26.000 | 30.000 | 25.680 | 21.400 | | 14.659 | 7.704 |
| | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Enfe. S. social obligatorio** | **Técnico radiología** | **Radiólogo Lect. Enf. Gral.** | **Radiólogo Lect. SOAT** | **Conductores** | **fisioterapeuta RCV** | **Pediatra** | **Enfermera urgencias y hospitalización.** | **Aux. enfermería urgencias, hospitalizacion y linea de frente.** |
| | 10.471 | 5.885 | 6.955 | 7.704 | 12.260 | 60.000 | 16.200 | 8.500 |
| | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | Odontología | | Facturación | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bacteriólogo** | **Aux. lab. Clínico** | **Ginecólogo** | **Citotecnologo** | **Odontólogo** | **Aux. odonto.** | **Apoyo Administrativo Técnico** | **Aux. Facturac** | **Armador cuenta** |
| 16.200 | 8.500 | 10.700 | 13.375 | 17.976 | 7.704 | 9.375 | 7.425,5 | 7.425,5 |
| | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| Higiene oral | | | | | | | Facturación | Higiene oral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Basico** | **Flúor** | **Sellantes** | **Detartraje** | **CPB** | **Edentulos** | **educacion** | 0 | 300.000 |
| 300.000 | 1.300,00 | 600 | 1.350 | 1.300 | | 397,33 | Total Medicina | Total Lab. Clínico |
| Meta mesual | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | 0 | 0 |
| 300.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Odontología | |
| | | | | | | | 0 | |
| Período certificado | | 3/11/2022 | al | 30/11/2022 | TOTAL | 6.840.000 | | |
| | | | al | | | | | |

**INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor del contrato | 6.240.000 | Valor otro sí No. 1 | 600.000 | Valor otro sí No. 2 | | Valor otro sí No. 3 | |
| Valor total contrato | 6.840.000 | | | | | | |

| Proyección de pagos | Pago No. 1 | Pago No. 2 | Pago No. 3 | Pago No. 4 | Pago No. 5 | Pago No. 6 | Pago No. 7 | Pago No. 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 6.840.000 | | | | | | | |
| | Pago No. 9 | Pago No. 10 | Pago No. 11 | Pago No. 12 | Verificación | | 0 | |
| | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **Documentos que se deben adjuntar** | La presente certificación se expide para dejar constancia del cumplimiento por parte del contratista de las obligaciones pactadas en el contrato. De igual manera, que el contratista ha realizado los pagos del SGSSS, correspondientes al periodo ejecutado, teniendo en cuenta las bases de cotización exigidas por ley. La presente certificación deberá anexarse a la cuenta de cobro que se presenta a la tesorería de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina. A la fecha se da por terminado el contrato por el cumplimiento del objeto del mismo, el contratista declara que se encuentra a paz y salvo en todo concepto con el contratante. |

| Datos cotización a seguridad social | | IBC mínimo | 2.112.000 | IBC pagado | 3.144.000 | No. Planilla | 4471991466 + 4474720730 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aportes a la seguridad social por (40% del valor del certificado) | Persona natural | Periodo a pagar | Aporte a salud | Valor mínimo | Valor pagado | Fecha de pago | 09/11/2022 - 28/11/2022 |
| | | | | 264.000 | 394.000 | Entidad | NUEVA EPS |
| | | | Aporte a pensión | Valor mínimo | Valor pagado | Fecha de pago | 09/11/2022 - 28/11/2022 |
| | | | | 337.920 | 504.300 | Entidad | COLPENSIONES |
| | | | Aporte a la ARP | Valor mínimo | Valor pagado | Fecha de pago | 09/11/2022 - 28/11/2022 |
| | | | | 51.322 | 76.800 | Entidad | SURA |

La presente certificación se expide para dejar constancia del cumplimiento por parte del contratista las obligaciones pactadas en el contrato. De igual manera, que el contratista ha realizado los pagos del SGSSS, correspondientes al periodo ejecutado, teniendo en cuenta las bases de cotización exigidas por ley. La presente certificación deberá anexarse a la cuenta de cobro que se presenta a la tesorería de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina.

| | | | |
|---|---|---|---|
| FIRMA SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR | | FECHA DE CERTIFICACIÓN | 5/12/2022 |
| NOMBRE SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR | KETTY LORENA VARGAS FERNANDEZ | FIRMA DE CONTRATISTA | |
| No. CEDULA | 26422628 | | |
| CARGO | SUPERVISOR | | |
| APROBADO PARA PAGO | Tesorero | | APROBADO REVISIÓN DE CUENTA |

| | FORMATO | CODIGO | GBS-S1-F41 |
|---|---|---|---|
| | **INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL CONTRATISTA** | VERSIÓN | 3 |
| | | VIGENCIA | 14/08/2018 |
| | | PAGINA 1 DE 3 | |

**Neiva, 05 de Diciembre de 2022**

**Doctora:**
**KETTY LORENA VARGAS FERNANDEZ**
Supervisor y/o Interventor - Contrato Prestación de Servicios Profesionales Nº 1067 DE 2022
**REF: INFORME DE ACTIVIDADES.**

**DIANA MARCELA ROJAS VARGAS,** mayor de edad y domiciliada en esta ciudad, identificada con cedula de ciudadanía No.1.075.222094 expedida en Neiva mediante el presente escrito me permito presentar el **INFORME DE ACTIVIDADES** del contrato de la referencia:

**Objeto contractual: MEDICO FAMILIAR PARA LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA**

**Periodo ejecutado: DE 03 Al 30 DE NOVIEMBRE DE 2022.**

**ACTIVIDADES REALIZADAS:**

| No. | Actividades del contratista | Actividades realizadas | Evidencia aprobada |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios profesionales asistenciales como médico familiar con calidad y humanización en la atención de conformidad con el objeto contractual, y los lineamientos del Modelo de acción integral Territorial (MAITE) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). | Durante el periodo del mes de **NOVIEMBRE** 2022, se prestó los servicios de Consulta medicina familiar, un total de 114 Horas, según programación de agendas. | Agendas de medicina familiar , aplicativo Índigo VIE. |
| 2 | Cumplir con el adecuado y completo diligenciamiento de las historias clínicas según la normatividad vigente, acorde a las guías de práctica clínica institucional | En el desarrollo de las actividades se hicieron los debidos registros referentes a las Consulta del medicina familiar | Agendas de medicina familiar , aplicativo Índigo VIE. |
| 3 | Establecer comunicación asertiva y brindar adecuada información y educación al paciente y a su familia en aspectos relacionados con el diagnóstico, manejo y pronóstico de la patología, | Durante las de Consulta medicina familiar se brindó la información necesaria a cada paciente según sus necesidades. | Agendas de medicina familiar, aplicativo Índigo VIE. |
| 4 | Brindar y registrar en la historia clínica la educación individual según el curso de vida del usuario y necesidades identificadas en la valoración integral y en derechos y deberes de los usuarios. | Durante las de Consulta medicina familiar se brindó la educación necesaria a cada paciente según sus necesidades. | Agendas de medicina familiar, aplicativo Índigo VIE. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Ejercer acciones de remisión de pacientes de acuerdo al sistema de referencia y contra referencia y el direccionamiento a los usuarios a las diferentes RIAS institucionales. | En cada Consulta de medicina familiar y según necesidad del paciente, se hicieron las remisiones pertinentes. | Agendas de medicina familiar, aplicativo Índigo VIE. |
| 6 | Prestar sus servicios de valoraciones médicas y seguimientos y/o controles de los pacientes en los diferentes servicios (urgencias, consulta externa) y programas de salud, según programación de horarios y agendas en los respectivos centros de atención | Durante el periodo los servicios se prestaron en el servicio de consulta externa Consulta sede Canaima de la ese Carmen Emilia Ospina | Agendas de medicina familiar, aplicativo Índigo VIE. |
| 7 | Remplazar la consulta médica inasistente | Se realizó los remplazos de consulta, según la programación desde la oficina del SIAU. | Agendas de medicina familiar, aplicativo Índigo VIE.Historias clínicas en Índigo |
| 8 | Diligenciar los registros existentes y necesarios para la atención médica tales como historias clínicas, formatos de laboratorio, medicamentos, referencias, fichas de notificación obligatoria SIVIGILA, registros diarios y otros | En cada consulta de medicina familiar se registró la historia clínica y de más formatos según necesidad de paciente y diagnóstico. | Agendas de medicina familiar, aplicativo Índigo VIE.Historias clínicas en Índigo |
| 9 | Identificar patologías en la población que pertenezcan a programas de vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población; | A los pacientes atendidos durante las consulta de medicina familiar se les brindo el diagnostico según signos y síntomas. | Agendas de medicina familiar, aplicativo Índigo VIE.Historias clínicas en Índigo |
| 10 | Apoyar la revisión y elaboración de documentación institucional y la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) acordes a su especialidad según la necesidad. | En el periodo del mes de **NOVIEMBRE** 2022, no se desarrolló está a actividad. | En el periodo del mes de **NOVIEMBRE** 2022, no se desarrolló está a actividad. |
| 11 | Cumplir las normas, políticas y procedimientos establecidos por en el sistema de gestión de la calidad (SGC), aportando así al cumplimiento de los indicadores de la entidad. | Las consulta de medicina familiar se desarrollaron de acuerdo a las norma, políticas y procedimientos según (sgc) | Agendas de medicina familiar, aplicativo Índigo VIE.Historias clínicas en Índigo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | Impartir capacitación, adiestramiento, inducción e instrucción al personal relacionado con el área y en desarrollo a los convenios docencia prestación de servicios suscritos por la entidad. | Durante el periodo del mes de **NOVIEMBRE** 2022 no se impartieron capacitaciones en relación a las actividades contractuales. | Durante el periodo del mes de **NOVIEMBRE** 2022 no se impartieron capacitaciones en relación a las actividades contractuales. |
| 13 | Apoyo a los planes de contingencia y demás actividades inherentes a sus actividades. | Durante el periodo estuve a disposición a brindar apoyo a los diferentes planes de contingencia de la institución a los cuales pudieran ser útil mis servicios como médicos familiar. | Durante el periodo estuve a disposición a brindar apoyo a los diferentes planes de contingencia de la institución a los cuales pudieran ser útil mis servicios como médicos familiar. |

**Observación:** El físico de los documentos proyectados y relacionados en el presente informe se encuentra en el archivo , Aplicativo Índigo VIE.

**VALOR DE PERIODO EJECUTADO: 6.840.000 SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL PESOS**

Atentamente,

**DIANA MARCELA ROJAS VARGAS**
Contratista

**KETTY LORENA VARGAS FERNANDEZ**
Supervisor.

Shird Carol B. Osso G.
**SHIRD CAROL BLANICHETH OSSO GARZON**
Apoyo a la supervisión