Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

14143

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39627127						
CORREO ELECTRONICO:	zulmaforero04@gmail.com				CELULAR:	3144833540						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	USS NUEVAS DELICIAS				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	N416	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20765868245								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1631 DE 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 3				
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9671	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo en la gestion como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferenrentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2018		28	2	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	1.416.018									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4,248,054
VALOR EJECUTADO	$1,416,018
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,416,018
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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
8325150979	781.242	97.700	125.000	3	19,100	**241.800**

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de Febrero del año Dos Mil diesiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	USS NUEVAS DELICIAS		Sede: PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	1631 DE 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2,018		28	2	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ		C. C.	39.627.127			DE	FUSAGASUGA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo en la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Educar al individuo, familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia	SI	Dar informacion oportuna al usuario en los programas que tiene la institucion para que se acojan para su bieniestar, prevencion, y tratamiento oportuno	Soporte carpeta con listado de ingreso al programa
Entrevistar y preparar al paciente de acuerdo a la consulta e impartiendo la educación requerida.	SI	Se verfifica el servico que va ser atendido el paciente, se direcciona y se le informa el tiempo de espera y el derecho y deber que tiene como usuario	protocolo de la institusion
Mantener sus respectivos servicios, consultorios y lugar de enfermería en orden y estricta limpieza, cumpliendo con los procedimientos de limpieza y desinfección institucional.	SI	Como auxiliar de enfermeria desde antes del inicio de las actividades se realiza una recurrente por tadas las areas de uss Nuevas Delicia y los dias vernes se realiza sanetizacion completa en todas las areas,	soporte carpeta formato de control de sanetizacion por area, GAF-R08A-DI-FT-046
Colaborar en actividades intra hospitalarias y extra hospitalarias para el desarrollo de los programas de salud dela Institución.	SI	las actividades se relizan de acuerdo a los reglamnetos de la institucion y programas efectuados en la sede cumpliendo las funciones asignadas, en algunas de estas actividades	soportes de carpetas que reposan en la sede.
Realizar actividades de programas en el servicio para la atencion del usuario teniendo encuenta normas tecnicas y administrativas	SI	Se realiza la induccion para el inicio del programa presentado en las nuevas delicias según las normas establecidas en la institucion y parametros administrativos soporte planilla sistema de informcion	soporte carpeta USS NUEVAS DELICIAS
Administrar medicamentos de acuerdso con la prescipcion medica y a la asignacion y observacion de la profesional de enfermeria	SI	como auxiliar de enfermeria estoy en la capacidad de realizar dicha actividad pero en la unidad de servios asistenciales Nuevas Delicias no se reliza manipulacion de medicamentos, se le explica al paciente como debe de tomarse los medicamentos y	Según criterio medico se da informacion al paciente para dicho medicamento y si fuere el casi de aplicación se registraria en historia clinica
Desarrollar las actividades de los programas de promocion en salud, prevencion de la enfermedad, de acuerdo a las normas tecnico-administrativas vigentes	SI	Se indaga al paciente sobre su estado para ayudar a prevenir y mitigar cualquier enfermedad se direcciona según necesidad, en esta actividad no queda soporte ni evidencia fisica pero se cumple según las normas	Se le informa al profesional tratante
Realizar el registro diario y presentacion de informes requeridos de las actividades ejecutadas	SI	Se realiza diligenciamiento formato masivas	intranet GFI-S03A-DI-FT-309 Formato Autorización Servicios

Realizar las acciones de salud publica de su responsabilidad en los programas de promocion de la salud, prevencion de la enfermedad, tratamiento y vigilancia en salud publica a nivel intra y extramural necesarios en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente	SI	Como auxiiar de enfermeria se hace captacion de los usuarios para la prevencion y mitigacion de enfermedades y/o direccionamientolos diferentes puntos según sea el caso sin quedar evidencia alguna de esta actividad pero aun asi se ejecuta para el bienestar de la comunidad	formato demanda inducida AAU-U01A-DI-FT-155
participar en los estudios tendientes a solucionar problemas de salud de la comunidad	SI	Se participa en las actividades propuestas del grupo para aportar en el mejoramiento del usuario, se realizan reuniones administrativas	acta de reunion para un mejoramiento continuo soporte GCO-T04A-DI-FT-221
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomdados para el ejercicio de su actividad	SI	Se realizan las actividades propuestas en el contrato o según las que se requieran en el area designada para cumplir con el deber, claridad de los formatos que se deben llevar según protocolo institucional,	formatos de actividades reposa en el archivo administrativo de la sede en la que me encuentro laborando (carpetas)
Asistir y participar activamente en procesos de fortalecimiento de competencias, reuniones y UAT programadas por el hospital, lider de servicio o supervisor.	SI	Participar en los procesos de fortalecimiento programadas por la institucion	actas de reunion
Solicitar al lider del area o supervisor, los recursos necesarios y hacer uso racional de los bienes a su responsabilidad	SI	Se realiza pan sistematizado para entregar a la lider encargada según la necesidad del USS Nuevas Delicias para las intervenciones y/o funciones necesarias requeridas por cada profesional	formato docuemntos del equipo que se encuentra en la sede, carpeta
Reportar oportunamente las anomalias durante la prestacion del servicio al lider o supervisor	SI	Cualquier anomalia que sucediera se reporta oportunamente	por la intranet via telefonica o personalmente a la lider encargada
Informar oportunamente al equipo medico cualquier altercion ya sea fisica, psicologica o clinica que comprometa la salud del paciente	SI	Al indagar con el paciente en sala de espera o en actividades que se les realiza se informa cualquier alteracion que tenga o halla tenido para un tratamento optimo para minimizar riesgos	se informa de forma verbal al medico trtatante y lider
Garantizar la custodia de la informaciony la gestion documental de los soportes que se generen durante ls actividades relizadas	SI	Se realiza actividad de archivo según las normas de la institucion custodia del mismo libro radicador	formato de control registro de archivo de historia clinica GDI-R09A-DI-FT-238
Elaborar y presentar cronogramas e informes con la frecuencia y características de cantidad, calidad y oportunidad en desarrollo del proceso.	SI	Se elaboran informes mensuales según corresponda la necesidad	Carpeta digital en el qwuipo asignado de la sede
Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE.	SI	Se realiza verificacion de anexos enviados por los profesionales	Sistema de Información Distrital y de Monitoreo del Acceso. SIDMA
Garantizar el cumplimiento de las actividades y metas programadas por la institución.	SI	Se realizan actividades programadas	soportes de carpetas que reposan en la sede.
Articular al interior de la institución el soporte necesario para el desarrollo de la caracterización, el seguimiento, y la realización de intervenciones con la comunidad sujeto de atención de la línea o programa.	SI	Se realiza segumiento según corresponda el caso	Soporte de carpeta en la sede
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.416.018 UN MILLON CUATROCIENTOS DIESISEIS MIL DIECIOCHO PESOS M/C			
ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ C.C. 39.627.127 Zulma Forero Bermudez		supervisor:	Fecha : 28/02/2018
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): ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ
No. Identificación: CC39627127
Dirección: DG 1 B 5 D 04 BRR BOSA CARBONEL
Telefono: 7759855
Correo: zulmaforero04@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8325150979

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC39627127	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2018
Número de planilla	8325150979	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2018
Fecha pago	2018-02-06	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1000000236	**Total Pagado**	241800
Banco	1001	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	125000	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	97700	1

8325150979

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 39627127
APELLIDOS Y NOMBRES: ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ

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
EPS037	25-14	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información