77883

| 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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| 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 | % | |
| | PA15N04 | 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: | 3132-2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 11 DE 11 | |
| NUMERO DE CDP | 1661 | FECHA | 28/11/2019 | NUMERO DE CRP | 54025 | FECHA | 30/11/2019 |
| | | FECHA | | NUMERO DE CRP | | FECHA | |
| 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 | 12 | 2019 | | 31 | 12 | 2019 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | 1,501,020 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NO APLICA | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $16.511.220 |
| VALOR EJECUTADO | $16.511.220 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.501.020 |
| 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 $2.070.290 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8338876228 | 828.116 | 103.600 | 132.500 | 3 | 20.200 | 256.300 |

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Diciembre del año Dos Mil diesinueve (2019). 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**

31/12/19

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. e Salud | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | USS NUEVAS DELICIAS | | | | | | **Sede: PABLO VI** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 3132-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | | |
| | | | 1 | 12 | 2.019 | | 31 | 12 | 2.019 | | |
| **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 |
| Educar al usuario en barreras de riesgo de caida | SI | se socializa barreras de riesgo de caida e identificacion de los mismos | CUMPLIR CON EL PROTOCOLO A DIARIO REQUERIDO POR LA INSTITUCION. |
| 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): 1,501,020 UN MILLON QUINIENTOS MIL VEINTE PESOS M/C**

ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ C.C. 39.627.127. Zulma Forero B

Fecha : 31/12/2019

supervisor: C.C 52[illegible]

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:** 8338876228

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC39627127 |
| **Número de planilla** | 8338876228 |
| **Fecha pago** | 2019-12-06 |
| **Número de autorización pago** | 1000000643 |
| **Banco** | 1001 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | noviembre de 2019 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | noviembre de 2019 |
| **Número de Administradoras** | 4 |
| **Total Pagado** | 272900 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 20200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 132500 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 16600 | 1 |
| EPS037 | Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS | 103600 | 1 |

8338876228

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

| 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 | 828116 | 828116 | 828116 | 828116 | 103600 | 0 | 132500 | 0 | 20200 | 0 |

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