39238

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			4 DE 4			
NUMERO DE CDP	501	FECHA	10/04/2019	NUMERO DE CRP	21233	FECHA	30/04/2019			
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	5	2019		31	5	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:	$6.004.080
VALOR EJECUTADO	$6.004.080
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
8334428036	828.116	103.600	132.500	3	20.200	256.300

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Mayo del año Dos Mil diesinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ

ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: **NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

8/20 20.05.19

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**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	5	2.019		31	5	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 informacion y 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:

Fecha : 31/05/2019

supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Señor(a): ZULMA YAMIRA FORERO BERMUDEZ
No. Identificación: CC 39627127
Dirección: DG 1 B 5 D 04 BRR BOSA CARBONEL
Teléfono: 7759855 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8334428036

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ZULMA YAMIRA FORERO BERML
Tipo y Número de Identificación	CC 39627127
Número Planilla	8334428036
Fecha de Pago	5/8/2019
Número de Autorización de Pago	1000000064
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Período Cotización Salud	Abril 2019
Período Cotización Pensión	Abril 2019
Período Cotización Caja	Abril 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$256.300
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$20.200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$132.500	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	$103.600	1

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

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS037	25-14	0	828.116	828.116	828.116	0	103.600	132.500	20.200	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO 1000000064

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