| 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: | ESLAINER YULIDSA CASTELLANOS SOCHE | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1023032392 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | YULICASTELLANOS98@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3102644550 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | KE10 | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UCI- ADULTOS | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | % | Centro de costo | % | |
| | KE10J02-CV1 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | AV VILLAS | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 675922319 | | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1751 - 2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 5 DE 6 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 574 | FECHA | 20/04/2020 | CRP | 22652 | FECHA | 30/04/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DEL AREA DE SALUD | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 6 | 2020 | | 30 | 6 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.646.286 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES:186 HORAS (MANEJO CODIGO PIN) COTICE 3% DE PENSION

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $9.877.716 |
| VALOR EJECUTADO | $8.231.430 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.646.286 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.646.286 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 83% |

**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 **$2,194,508** , 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 3% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9407067642 | $877.803,00 | $109.725 | $26.334 | 3 | $21.383 | **$157.443** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de JUNIO del año Dos Mil VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Diana E. Martinez

**DIANA MARTINEZ**

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Yuly C.

**ESLAINER YULIDSA CASTELLANOS**

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|---|---|
| Versión | 3 |
| Fecha de aprobación | 15/02/2018 |
| Código | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | UCI ADULTO | | | | **Sede:** KENNEDY | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 1751-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 6 | 2.020 | | 30 | 6 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | ESLAINER YULIDSA CASTELLANOS SOCHE | | **C. C.** | 1.023.032.392 | | **DE** | BOGOTA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| **ACTIVIDADES BÁSICAS:** 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades -2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento.- 3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.- 4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada -5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. -6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales.-7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.-8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados. -9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados.-10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades. | 100% | 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades.<br>2-Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados.<br>3-Preparar paciente para examenes especiales y/o medios diagnosticos<br>4-Asistir al paciente en sus actividades basicas | 1-Anecdotario<br>2-Bitacora de procedimientos<br>3-Bitacora de procedimientos<br>4-Bitacora de procedimientos |
| **REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES:** 11. Efectuar oportuna y claramente, registros de todos los cuidados de enfermería.-12.Registrar en Notas de Enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas. 13. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, escribiendo en las Notas de Enfermería su nombre claro y manteniendo identificadas las Historias Clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su nombre y sello.-14 Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. 15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades. | 100% | 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente | 1-Lista de verificacion |
| **RECIBO Y ENTREGA DE TURNO:** 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes. | 100% | 1-Realizar recibo y entrega de turno | 1- Libro de recibo y entrega de turno con asignacion diaria |
| **RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO:** 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo.-18.Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.- 19.Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.-20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. | 100% | 1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio | 1-Bitacora y/o lista de verificacion |
| **EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD:** 22. Aplicar los principios de técnica aséptica.-23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.-24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento. | 100% | 1-Usa los elementos de proteccion personal<br>2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente | 1-Anecdotario<br>2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion |
| **MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION:** 25. Vigilar e informar faltantes del inventario.-26.Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.-27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.-28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. -30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-31.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan. | 100% | 1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato<br>2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados | 1-Libro de inventario<br>2-Registro del traslado de historias clinicas de la unidad |
| **CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE:** 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar enel diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización. | 100% | 1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK | 1-Formato de asistencia de capacitacion |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,646,286** **(UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y SEISMIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS MCT.)**

YULY CASTELLANOS Yuly C.

FIRMA DE SUPERVISOR: DIANA MARTINEZ Diana E. Martínez S.

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

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

# Resumen General de Pago

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023032392 | | CASTELLANOS SOCHE ESLAINER YULIDSA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 79 SUR#8D-58 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2222222 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2020-05 | 2020-05 | 49231217 | 9407067642 | I | 2020/06/23 | 2020/06/08 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $157,600 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $26,400 | $0 | $0 | $26,400 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $26,400 | $0 | $0 | $26,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $21,400 | $0 | $0 | $21,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $21,400 | $0 | $0 | $21,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $109,800 | $0 | $0 | $109,800 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $109,800 | $0 | $0 | $109,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $157,600 | $0 | $0 | $157,600 |

Escaneado con CamScanner

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06 / 2020**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ESLAINER YULIDSA CASTELLANOS SOCHE**

**C.C 1023032392 DE BOGOTA**

La suma de 1.646.286, por concepto de: 186 horas durante el periodo de 01 al Junio de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1651 -2020

Yulidsa Castellanos.

**Nombre de contratista**

**C.C.1023032392 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS**

**NUMERO 675922319**

Escaneado con CamScanner