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	
		Fecha de aprobación	16/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN AHUMADA COLLAZOS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	32823426						
CORREO ELECTRONICO:	carmenadbnutricionista@gmail.com				CELULAR:	3023769379						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10N07	83,8										
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0175504067								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2105-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 de 6				
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP		22978	FECHA	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Laboratorio dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	5	2020		31	5	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	3,192,318										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES:											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$19.153.908
VALOR EJECUTADO	$12.769.272
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.192.318
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.384.636
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
42309534	$1.276.927	$159.700	$38.400	3	$31.200	$229.300

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

VIVIANA TEJERA PALACIO
Lider de Nutricion y Dietetica

CARMEN AHUMADA COLLAZOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamSca

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	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Nutricion y Dietetica					Sede: Kennedy					
No. DE CONTRATO:	2105-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	5	2.020		31	5	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN AHUMADA COLLAZOS		C. C.	32.823.426		DE	SOLEDAD				

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 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
1. Realizar la revista diaria en los servicios de hospitalización asignados para generar las órdenes de solicitud de dietas. 2. Elaborar los listados de las órdenes de solicitud de dietas para cada paciente. 3. Realizar las valoraciones nutricionales a los pacientes que lo requieran. 4. Reportar las ordenes las ordenes de solicitud de dietas y formulas lácteas en los horarios establecidos para cada tiempo de comida. 5. Atender la consulta externa de nutrición dependiendo de la demanda presentada. 6. Responder valoraciones nutricionales según los requerimientos de los diferentes servicios de hospitalización. 7. Participar en la elaboración, revisión y actualización de procesos y guías de manejo asegurando adherencia a las mismas. 8. Diligenciar correctamente la historia clínica cuando haya que dejar registro de atención del paciente. 9. Genera las modificaciones a las órdenes de solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario. 10. Participar en los grupos organizados para dar capacitación nutricional en los temas solicitados por los coordinadores de los mismos. 11. Generar los registros de información necesarios para informes estadísticos. 12. Consolidar información estadísticas de cuerdo a los requerimientos del área. 13. Registrar, consolidar y presentar los informes estadísticos con la oportunidad y periodicidad requerida. 14. Realizar la valoración del 100% de los pacientes atendidos en la unidad renal según los horarios establecidos. 15. Realizar recomendaciones nutricionales.16. Coordinar con el médico los suplementos a prescribir a los pacientes segun valoración nutricional. 17. Supervisar la servida de las dietas y de los refrigerios.	100%	• Elabore los listados de órdenes de dieta de los siguientes servicios: 4, 5 y 6 piso .* Diligencié el formato de solicitud de nueves, onces y refrigerios para los servicios medicina interna, cirugia general , ortopedia, y quirurgica para todos los pacientes programados. • Generé las modificaciones a las órdenes de la solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario. • Di respuesta oportuna a las valoraciones nutricionales que se solicitan en cada servicio de urgencias 1er piso• Diligencié correctamente en la historia clínica cuando haya que dejar registros de atención del paciente y soporte nutricinal.. • Realicé recomendaciones nutricionales. Realizar ronda para la prescripcion dietaria del desayuno por servicio asignado, verificando gustos y preferencias por por paciente, para mejorar el estado nutricional de cada uno; el ideal para hacer esta actividad es realizar tamizaje nutricional, lo cual nos permite detectar el riesgo de mal nutricion hospitalaria. (Se puede realizar en cualquier ronda del dia). * Conteo de dietas para actualizacion de censo. * Actualizacion del tablero para el desayuno y el resto de servicios. * Elaboracion de refrigerios para hacer entrega a las 9 de la mañana en el servicio. * Supervision en la distribucion por cada servicio. * Recoger interconsultas si hay para algun servicio y dar respuestas a ella. * Segunda ronda para la prescripcion del almuerzo. * Dejar los listados actualizados para el siguiente dia. .Se realiza consulta externa medio tiempo en el hospital Kennedy.	• Elabore los listados de órdenes de dieta de los siguientes servicios: 4, 5 y 6 piso .* Diligencié el formato de solicitud de nueves, onces y refrigerios para los servicios medicina interna, ginecologia, ortopedia, y quirurgica para todos los pacientes programados. • Generé las modificaciones a las órdenes de la solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario. • Di respuesta oportuna a las valoraciones nutricionales que se solicitan en cada servicio de 4, 5, y 6 piso Diligencié correctamente en la historia clínica cuando haya que dejar registros de atención del paciente y soporte nutricinal.. • Realicé recomendaciones nutricionales. Realizar ronda para la prescripcion dietaria del desayuno por servicio asignado, verificando gustos y preferencias por por paciente, para mejorar el estado nutricional de cada uno; el ideal para hacer esta actividad es realizar tamizaje nutricional, lo cual nos permite detectar el riesgo de mal nutricion hospitalaria. (Se puede realizar en cualquier ronda del dia). * Conteo de dietas para actualizacion de censo. * Actualizacion del tablero para el desayuno y el resto de servicios. * Elaboracion de refrigerios para hacer entrega a las 9 de la mañana en el servicio. * Supervision en la distribucion por cada servicio. * Recoger interconsultas si hay para algun servicio y dar respuestas a ella. * Segunda ronda para la prescripcion del almuerzo. * Dejar los listados actualizados para el siguiente dia. .Se realiza consulta externa medio tiempo en el hospital Kennedy

TOTAL A PAGAR (3192318): $ TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	32823426	CARMEN URBANA AHUMADA COLLAZOS	gig 31b sur n 24a 26	3023769379	carmenadbnutricionista@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-04	2020-04	I	05/05/2020	42309534	TOTAL A PAGAR	
					$229.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	159.700	0		0		0	0	0	0	159.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	38.400	0	0	0	0	0	0		38.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.200				31.200	0	0	31.200			312	31.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	159.700	159.700
Pensión	1	38.400	38.400
Riesgos Laborales	1	31.200	31.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	229.300	229.300

PAGADA 42309534

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

Escaneado con CamScanner