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:	FLOR JEANNETTE CASTILLO BELTRAN												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39651054							
CORREO ELECTRONICO:	flocas2012@hotmail.com				CELULAR:	3053188524							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**UUS BOSA CENTRO**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	B035B03		BO35B03				B035B03		B035B03		B035B03		
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62481764161								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**2561/2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**06DE06**			
NUMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	**NÚMERO DE CRP**	**23394**	**FECHA**	**30/042020**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**prestar servicios profesionales y de apoyo ala gestion como AUXILIARDE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procediemientos de la SUB REDINTEGRADA DE SERVICIOS SALUD SUR OCCIDENTE E.SE. De acuerdo alas nesecidades de la institucion**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2020		30	6	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES $1.790.400										
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%								
: OBSERVACIONES:Se realizaron 192horas - valor de la hora$9325, para un valor total de$1.790.400										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.574.550
VALOR EJECUTADO	$8.616.300
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.790.400
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.958.050
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	80%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1029772977	$877.800	$109.800	$26.400	3	$21.383	**$157.600**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

YORBY CONSTANZA MOSQUERA

FLOR JEANNETTE CASTILLO BELTRAN

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 18/06 / 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FLOR JANNETTE CASTILLO BELTRAN

C.C 39651054 DE BOGOTA

La suma de 1.790400, por concepto de:PRESTACION DE SERVICIOS durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2561



Nombre de contratista

FLOR JANNETTE CASTILLO BELTRAN

C.C 39651054 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62481764161

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-06-16, 04:16:57 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1029772977

Periodo Cotización: mayo de 2020 **Periodo Servicio:** mayo de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8817541190

PAGADO 13/06/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

ATOS DEL APORTANTE

ón Social	FLOR JEANNETTE CASTILLO BELTRAN		
umento	CC39651054	**Dirección**	CARRERA 82 NO 71 F 26 SUR
de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3192959997
Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
lad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
resentante Legal		**Identificación**	
l Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

ETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
cación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
054	FLOR JEANNETTE CASTILLO BELTRAN	59	00																0		30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 877.803	$ 26.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 877.803	$ 109.800	2.436	$ 877.803	$ 21.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 157.600

.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 26.400	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 157.600	$ 0	$ 157.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS			**Sede: USS BOSA**						
No. DE CONTRATO:	2561/2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	6	2.020		30	6	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR JEANNETTE CASTILLO BELTRAN		**C. C.**	39.651.054		**DE**	BOGOTA			

I

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Prestar los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa II Nivel ESE, aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector.	SI	Preste el servicio como auxiliar de enfermeria cumpliendo las normas establecidas por la institución a los pacientes del hospital de Bosa.	Se evidencia en la historia clinica
2. Recibir y entregar turno a las 7:00 p.m., y entregar a las 7:00 am. según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital.	SI	Recibi turno a las 7:00pm y se entregue turno a las 7:00am en conjunto con el grupo de urgencias y el jefe del servicio según lo programado en el turno la noche y conforme a las actividades programadas.	Se evidencia en el Libro de entrega y recibo de turno
3. Realizar toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente.	SI	realice toma y registro de signos vitales y areglo de unidad de cada paciente según me correspondia.	Se registra en la hoja de graficos de signos vitales y notas de enfermeria
4 .Preparar al paciente para toma de exámenes y medios de diagnostico.	SI	realice la preparacion adecuada a los pacientes que tenian examenes pendientes con sus respectivas observaciones.	se evidencia en las notas de enfermeria
5. Realizar el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo.	SI	Diligencie los formatos que se utilizan en la historia clinica de cada paciente y las deje ordenad según lo establecido.	se evidencia en la historia clinica
6. Verificar las dietas y acompañar al paciente a esta hora.	SI	realice el acompañamiento en la hor del refigerio de cada paciente requerido.	se evidencia el las notas de enfermeria y en la hoja de control de liquidos administrados y elimindos.
7. Observar y reportar signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente.	SI	llevo el control de todo lo sucedido con mis pacientes asignados le informo al jefe de turno y lo registro en las notas de enfermeria.	Se evidencia el registro en notas de enfermeria
8. Colaborar con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas.	SI	Realice las actividades asigandas por el profesional indicado.	Se evidencia en el libro de novedades.
9. Cumplir con las ordenes medicas y educar al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir.	SI	cumplí las ordenes médicas dadas para cada paciente y explique al paciente y familiares sobre prevención y riesgos	Se sustenta en notas de enfermeria y historia clinica.
10. Cumplir con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológicos, del ambiente y de la salud que se puedan producir como consecuencia del manejo inadecuado de los	SI	Controle y reduci los factores de riesgo biológico y maneje adecuadamente los reciduos , utilize las medidas de protección personal adecuados.	Se evidencia en el libro de novedades
11. Esterilizar, preparar, mantener y responder por el material, equipos y elementos a su cargo y de la central de esterilización.	SI	Realice la debida esterilización de equipos y materiales a mi cargo.	Se evidencia en el libro de inventario
12. Brindar apoyo emocional y recreación al paciente.	SI	Brinde al paciente y familiares el apoyo necesario durante la permanencia en el hospital.	Se evidencia en las notas de enfermeria.
13. Brindar información, educación y seguimiento al paciente y familia al egreso	SI	Explique al paciente y familia sobre seguimiento y proceso a seguir en el momento del egreso.	Se deja evidencia en notas de enfermeria y libro de egreso.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.790.400(UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA MILCUATROCIENTOS PESOS MCTE)

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 30/06/2020