

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Fecha de aprobación: 15/02/2020
Código: 94-02-PO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		AMANDA LILIANA NIÑO RAMÍREZ										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO		52.170.283					
CORREO ELECTRÓNICO:		LILIANARAMIREZ509@YAHOO.COM					CELULAR:		3194111487			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		PAPS PALESTINA					SEDE:		PABLO VI			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:												
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		PA32A38	100									
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA					TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA:		567-875345-78					PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2935-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 2				
NÚMERO CDP:		29	FECHA:	08/01/2020	NÚMERO DE CRP:		15036	FECHA:		31 1 20	
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de ENFERMERÍA 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									
PERÍODO CERTIFICADO:		DESDE		DÍA	MES	AÑO	HASTA		DÍA	MES	AÑO
				1	3	2020			31	3	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$2,867,748									
TIPO DE SERVICIOS:		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%				NO			

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$8,803,244
VALOR EJECUTADO	\$5,735,496
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,867,748
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2,867,748
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 \$2.194.507, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
41813023	\$1,147,099	\$143,400	\$183,600	3	\$28,000	\$355,000

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de MARZO del año Dos MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Forby Constanza Mosquera
FORBY CONSTANZA MOSQUERA

AMANDA LILIANA NIÑO RAMÍREZ
AMANDA LILIANA NIÑO RAMÍREZ

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Nombre: _____
 Fecha de Emisión: 28/02/2018
 Cargo: _____



Unidad de Servicio: PAPS PALESTINA
 2925/2020
 Periodo certificado desde el: _____ hasta: _____
 Suplente: PABLO JI
 Día: _____ Mes: 3 Año: 2018
 C. C. 52.078.285 DE 180218

Nombre del Contratista: AMANDA LILIANA NIÑO RAMÍREZ
 Objeto del Contrato: PRESTAR APOYO COMO PROFESIONAL EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA 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

Obligaciones Contractuales	Si	No	Actividades Realizadas	Productos Entregados
1. Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral.	SI		Apoyo en la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
2. Cuidar con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SI		Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
3. Llevar registro de la atención de los procedimientos actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costo y facturación.	SI		Llevo un registro de la atención de los procedimientos actividades e intervenciones, y mantengo actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costo y facturación.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
4. Participar en la programación de las actividades del área.	SI		Participo en la programación de las actividades del área.	REUNIONES
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI		Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SOPORTADO CON FICHAS DE NOTIFICACION
6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI		Notifico las fallas de calidad que se presentan en el servicio, y participo en los análisis a los que me han convocado para implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	REUNIONES
7. Seguir instrucciones del personal a cargo.	SI		Atiendo las instrucciones del personal a cargo.	ULC, COVE, DEMAS ACTIVIDADES
8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	SI		Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA
9. Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	SI		Realizo procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA
10. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SI		Participo en el seguimiento y control a pacientes a los que se requiera.	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI		Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA
12. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	SI		Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	ATENCION AL USUARIO
13. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SI		Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y ARCHIVO
14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI		Apoyo con el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA
15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI		Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	INFORMES MENSUALES
16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	SI		Me responsabilizo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	ACTA DE INVENTARIO
17. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI		Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales soy convocado.	REUNIONES, UAT, ULC
18. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos.	SI		Cumplo con los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
19. Apoyar a la Subred en las actividades que demanda según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	SI		Apoyo a la Subred en las actividades que demanda según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
20. Registrar las actividades realizadas, relacionadas con la prestación del servicio de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SI		Registro actividades realizadas, relacionadas con la prestación del servicio de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA
21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	SI		Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	REALIZANDO LAS ACTIVIDADES A MI CARGO
22. Entregar la contancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgo profesionales mensualmente.	SI		Entrego contancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgo profesionales mensualmente.	CERTIFICADO DE APORTES
23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acorde con el objetivo del contrato.	SI		Realizo las demás actividades que le sean asignadas acorde con el objetivo del contrato.	SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA Y REGISTROS

OBSERVACIONES: _____
 TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO (2.867.148)
 Amanda Liliana Niño Ramírez
 Fecha: 28/02/2018 Firma de recibida superior: _____
 Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expide el supervisor.

