

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

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/07/2018
Código: 04-02-F0-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTIANCHO											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO		1012329577						
CORREO ELECTRONICO:							CELULAR:		3124755644				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		BOSA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		MEDICINA INTERNA				SEDE:		Bosa					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		B035A11	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:		CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		24074909058						PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1378-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				7 DE 7					
NUMERO DE CDP		1052	FECHA	22/07/2020	NUMERO DE CRP		29548	FECHA		31/07/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA PROFESIONAL 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.											
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		D/A	MES	AÑO	HASTA		D/A	MES	AÑO		
				1	8	2020			31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$2.052.540											
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				NO APLICA					
OBSERVACIONES: Horas realizadas 126 por un valor hora de 16.290 para un total de 2.052.540													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO										VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$28.018.800			
VALOR EJECUTADO										\$15.475.500			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$2.052.540			
VALOR A LIBERAR										\$0			
SALDO POR EJECUTAR										\$12.543.300			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										55%			
El intervisor 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.													
Numero de Planilla		IBC DE COTIZACION		APORTE A SALUD 12,5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC		NIVEL ARL		APORTE ARL		TOTAL APORTES	
445/6265		\$1.016.496		\$127.062		\$192.639		3		\$24.396		\$314.097	
Dado en Bogotá a los 31 días del mes de AGOSTO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo atestó para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
DRA YORBY CONSTANZA MOSQUERA													
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:													
CLAUDIA VIVIANA PINZON													
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA													

**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Versión: 2
Fecha de aprobación: 30/4/2017
Código: 04-02-FO-0003
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:		MEDICINA INTERNA		Sede: USS BOGA	
No. DE CONTRATO:	1378-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO		1	8	2020
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus		C.C.	1.012.329.577	DE	31
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos :	SI	X	NO	Servicios: SI	NO
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAM ADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS	
Prestar servicios profesionales de enfermería a los pacientes y usuarios, aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en el servicio de MEDICINA INTERNA	SI	Se prestaron servicios de enfermería a todos los pacientes hospitalizados en el servicio de MEDICINA INTERNA durante el mes, teniendo en cuenta los diferentes procesos establecidos por la institución.	Se evidencia en las notas de enfermería de los pacientes hospitalizados, en el servicio de MEDICINA INTERNA		
Recibir y entregar turno de 1:00 PM A 7:00 PM en MEDICINA INTERNA según programación de turno aplicando los procedimientos difundidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el hospital.	SI	Se recibió oportunamente turno a las 1:00pm y se entregó a las 7:00 pm al personal de enfermería entrante.	Se evidencia en el libro de folio en el servicio de MEDICINA INTERNA		
Coordinar en el área de MEDICINA INTERNA actividades y tareas inherentes a la atención de los pacientes, teniendo en cuenta la preparación, tratamiento y las habilidades individuales del personal brindando un óptimo cuidado.	SI	Teniendo en cuenta las habilidades individuales del personal que labora en el servicio de MEDICINA INTERNA en el mes, se distribuyen las diferentes actividades de enfermería para así brindar un cuidado óptimo y con calidad.	NO APLICA		
Realizar las actividades de salud brindando cuidado directo al paciente de MEDICINA INTERNA utilizando las técnicas antisépticas establecidas en los protocolos y procedimientos fijados por la institución.	SI	Siempre antes de realizar actividades que impliquen el cuidado directo de los pacientes se aplica todo lo descrito en los diferentes protocolos establecidos por la institución.	Se evidencia en las notas de enfermería de los pacientes hospitalizados, en el servicio de MEDICINA INTERNA		
Identificar, analizar y reportar signos de alarma presentados a los pacientes a su cargo e informar oportunamente al médico del área sobre las situaciones de emergencia y riesgos que pueda tener el paciente en el servicio de MEDICINA INTERNA	SI	Al momento de identificar alguna anomalía durante la hospitalización de los pacientes del servicio de MEDICINA INTERNA en el mes se informa de manera inmediata al médico disponible y se registra en las notas de enfermería.	Se evidencia en las notas de enfermería de los pacientes hospitalizados, en el servicio de MEDICINA INTERNA		
Verificar el adecuado uso y organización de la historia clínica propendiendo por su correcto diligenciamiento y custodia en el servicio de MEDICINA INTERNA	SI	Proceso que se realiza a diario cuando se hace revisión de las historias clínicas durante el mes en el servicio de MEDICINA INTERNA	Se evidencia en las historias clínicas de MEDICINA INTERNA durante el mes		
Cumplir con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológico, ambiental y de la salud que se puedan producir por el inadecuado manejo de los residuos en el servicio de MEDICINA INTERNA	SI	En el servicio de MEDICINA INTERNA en el mes se utilizaron todas las normas de bioseguridad para disminuir dichos riesgos.	Se evidencia en las notas de enfermería de los pacientes hospitalizados, en el servicio de MEDICINA INTERNA		
Promover y aplicar las acciones de humanización y seguridad en los pacientes y servicio de MEDICINA INTERNA	NO	Durante la hospitalización de los pacientes en el servicio de MEDICINA INTERNA en el mes se tiene un trato digno y humanizado.	NO APLICA		
Participar en la coordinación y ejecución de los labores de apoyo y diagnóstico terapéutico de los diferentes servicios	SI	Se verifica que los diferentes apoyos diagnósticos ordenados se realicen acabadidad según disponibilidad de la institución.	NO APLICA		
Reportar accidentes de trabajo e informar actividades que vayan en contra de la salud del paciente	NO	NO APLICA	NO APLICA		
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2.052.540 DOS MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS					
Fecha, dd/mm/aaaa Firma del colaborador	Firma, dd/mm/aaaa Firma de recepción		Firma, dd/mm/aaaa		
Clasificación	Supervisor		Firma, dd/mm/aaaa		

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012329577	CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO	CALLE 65 H SUR 78 J 27	3124755644	C_CLAUDIAPINZON@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS 1 0
2020-07	2020-07	I	10/08/2020	44576265	TOTAL A PAGAR \$314.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Cotización			
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	127.100	0		0		0	0	0	0	127.100	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	162.700	0	0	0	0	0	0		162.700	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	24.800				24.800	0	0	24.800			248	24.800	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 IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	127.100	127.100
Pensión	1	162.700	162.700
Riesgos Laborales	1	24.800	24.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	314.600	314.600

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

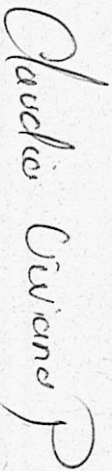
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO

C.C. 1.012.329.577 DE BOGOTA

La suma de 2.052.540, por concepto de: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA durante el periodo del 1 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1378-2020



Nombre de contratista

CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO

C.C. 1.012.329.577 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24074909058