41

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:	YULY ALEJANDRA GRAZON ORJUELA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.023.868.862							
CORREO ELECTRONICO:	aleja161830@hotmail.com				CELULAR:	3013909334							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED SUR OCCIDENTE												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCIÓN DOMICILIARIA				SEDE:	CUNDINAMARCA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10I18-CV19	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	04531363812								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4629-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 de 7			
NÚMERO DE CDP	1380	FECHA	25/09/2020	NÚMERO DE CRP	43232	FECHA	30/09/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2020		31	10	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	5,580,000									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: (descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios o tributarios)es de anotar que para alivios tributarios se debe hacer llegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$23.137.749
VALOR EJECUTADO	$22.983.282
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.580.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$154.467
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
45695494	$1.276.927	$159.700	$204.400	4		**$364.100**

Dado en Bogota a los (31) dias del mes de OCTUBRE del año dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surja el pago pertinente. Cordialmente.

PAOLA CAROLINA GIRALDO PARRA
LIDER ATENCION DOMICILIARIA

YULY ALEJANDRA GARZON ORJUELA
CONTRATISTA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	ATENCION DOMICILIARIA			**Sede: CUNDINAMARCA**						
No. DE CONTRATO:	4629-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	10	2.020		31	10	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YULY ALEJANDRA GARZON ORJUELA		**C. C.**	1.023.868.862			**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1 Apoyar la realización de las actividades en salud ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	SI	1 Apoyo en la realización de las actividades en salud ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	se valora paciente establece estado de salud y se brinda educacion al mismo y a su nucleo familiar
2 Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SI	2 Cumplimiento con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	se diligencia historia clinica para pacientesa quienes se programa atraves de la teleconsulta para tamizaje para covid- 19
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 costos y facturación.	SI	[illegible] 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 costos y facturación.	se realiza consolidado diario de los pacientesatendidos por la teleconsulta como efectivas ademas de las fallidas y cierres de casos
4 Recibir en forma documental y previa valoración a los pacientes de Alta Temprana.	SI	4 Recibo y valoración a los pacientes de Alta Temprana.	se diligencia la historia clinica del paciente
5 Realizar consentimiento informado de todas las actividades, procedimientos e intervenciones a efectuar en el paciente, explicando e informando claramente al paciente los riesgos y complicaciones asociados	SI	5 Realización consentimiento informado de todas las actividades, procedimientos e intervenciones a efectuar en el paciente, explicando e informando claramente al paciente los riesgos y complicaciones asociados	se diligencia historia clinica, se orienta y brinda educacion a paciente y nucleo familiar atraves de la teleconsulta
6 Cumplir con la calidad del registro clínico según la normatividad vigente y el manual de manejo y custodia de historia clínica.	SI	6 Calidad del registro clínico según la normatividad vigente y el manual de manejo y custodia de historia clínica.	se diligencia historia clinica letra clara legible sin tachones ni en mendaduras como documento primado y legal
7 Participar en la programación de las actividades del área.	SI	7 Participación en la programación de las actividades del área	Asistencia a todos las reuniones para programacion de actividades
8 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	SI	8 Reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reportes en SIDCRUE con datos completos del paciente
9 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	9 Notificación de 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	teleconsulta para verificar numero de muestra, estado hemodinamico del paciente, programacion de nueva visita y cierre de casos
10 Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SI	10 Seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Reportes en Almera,
11 Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	SI	11 Información al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	educacion permanente a paciente y nucleo familiar
12 Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	SI	12 Acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	se brinda atencion integral al paciente y se establace red de apoyo
13 Efectuar actividades de promoción y prevención, educación y cuidado que se debe tener el paciente y su familia en el proceso de atención en domicilio	SI	13 Actividades de promoción y prevención, educación y cuidado que se debe tener el paciente y su familia en el proceso de atención en domicilio	se realiza retroalimentacion del manejo para covid -19 recomendaciones, educacion, y cuidados especificos en la teleconsulta
14 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	14 Cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Atencion integral a paciente,attraves de la teleconsulta, diligenciamiento de la historia clinica, basade datos SIDCRUE y consolidado diario
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	15 Informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades.	Informe de actividades realizadas con reporte de visitas efectivas, fallidas, cierre de casos y seguimientos (base en excel- informes de sidcrue por la lider)
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	16 Uso de los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	NO APLICA
18 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	18 Cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Historias clínicas diligenciadas
19 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	SI	19 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Actas
20 Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred .	SI	20 Registro de actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred .	Historias clínicas diligenciadas
21 Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	NO APLICA	21 Supervisión de los contratos para los que sea designado.	NO APLICA
22 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	22 Entrega de constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrega de certificados de afiliacion, planilla de pago
23 Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	23 Realización de las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Se.relizan actividades desiganadas por el lider

OBSERVACIONES: NINGUNA

TOTAL A PAGAR (Número y letras):($5.580.000) CINCO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL PESOS

YULY ALEJANDRA GARZON ORJUELA

Fecha:31/10/2020

PAOLA CAROLINA GIRALDO PARRA

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

Secretaría de Salud
Subred **Sur Occidente** E.S.E.

INFORME DE GESTION MENSUAL DEL MES DE SEPTIEMBRE 2020

Profesional: Yuly Alejandra Garzon Orjuela

Cargo: Enfermera

Realización de la teleconsulta con calidad de enfermera profesional, con el objetivo de realizar una interacción de paciente enfermera y poder asegurar una atención oportuna en la toma y valoración de la muestra para diagnostico COVID 19 a través del HISOPADO NASOFARINGEO por médico, enfermera y auxiliar de enfermería según el riesgo establecido en la valoración telefónica a pacientes.

Actividades realizadas durante la jornada laboral

Acompañamiento:

1. Teleconsulta realizada paciente de base descargada directamente del SIDCRUE, o base a gestionar por la líder.
2. Interacción telefónica con el paciente para establecer el riesgo para atención oportuna de médico, enfermera y auxiliar de enfermería.
3. Acompañamiento en el diligenciamiento en el tiempo real de la historia clínica través de la anamnesis del paciente.
4. Recomendaciones generales de higienización, lavado de manos, signos de alarma, protocolo de aislamiento preventivo en el domicilio,
5. Diligenciamiento pertinente en la base de SIDCRUE de la atención del paciente.
6. Alimentación de base en Excel interna de los pacientes atendidos durante la teleconsulta.
7. Consolidado diario de los pacientes para programación de visitas por el personal de salud.
8. Consolidado de las incapacidades y certificaciones de toma de la muestra para la gestión correspondiente.

DIA	TELECONSULTAS EFECTIVAS	SEGUIMIENTO TELEFONICO	CIRRE DE CASOS	FALLIDAS	TOTAL
1	13	0	1	5	19
3	15	0	1	10	26
5	12	0	3	7	22
9	14	0	1	5	19
11	25	0	0	8	33
13	17	0	0	7	24
15	21	0	0	3	24
17	14	0	2	6	22
19	25	0	4	7	36
21	16	0	2	9	27
23	7	0	6	13	26
25	21	0	3	12	36
27	9	0	5	5	19
29	20	0	9	10	39
TOTAL	229	0	37	107	372

Atentamente.



Yuly Alejandra Garzon Orjuela
CC.1.023.868.862 BTA
CEL. 301 3909334

Dichas actividades se desarrollan en el mes de SEPTIEMBRE 2020 en el horario de

7:00 am – 7:00 pm Turno de 12 horas.

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	1023868862	yuly alejandra garzon orjuela		calle 9 sur # 7b 36 casa 8	3013909334	aleja161830@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	02/10/2020	45695494	$389.700	

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	204.400	0	0	0	0	0	0		204.400	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										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	25.600	0	0	25.600	1

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	159.700	159.700
Pensión	1	204.400	204.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	25.600	25.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	389.700	389.700

PAGADA
45695494

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