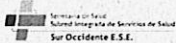


CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERIA

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				DEISY MARICELA GALARZA CESPEDES											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1013657647						
CORREO ELECTRONICO:				galarzadeisy@gmail.com				CELULAR:		3142178545					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								PATIO BONITO TINTAL							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				Hospitalización Pediatría				SEDE:		KE11					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		KE1105	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				8400703867				PENSIONADO		NO					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				43 - 2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 DE 7					
NÚMERO DE CDP		1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP		29226	FECHA	31/07/2020						
OBJETO DEL CONTRATO:				PROFESIONAL DE ENFERMERIA											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					1	8	2020		31	8	2020				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.029.940											
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 0%		\$0					
OBSERVACIONES: Horas mes 180+6 Horas turno tarde 14-08-20															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$22.418.298							
VALOR EJECUTADO								\$21.681.990							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3.029.940							
VALOR A LIBERAR								\$0							
SALDO POR EJECUTAR								\$736.308							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								97%							
El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
44364011-44766575	\$1.251.072	\$156.384	\$200.172	3	\$30.476	\$387.032									
Dado en Bogotá a los () días del mes de Agosto del año Dos Mil Veinte (2020) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 MARITZA MILENA MEJIA LOZANO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 DEISY MARICELA GALARZA CESPEDES NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA							

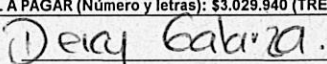
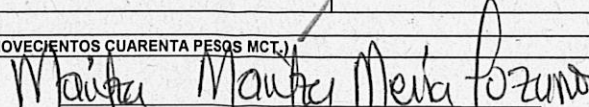
	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		PEDIATRIA - TINTAL		Sede: KE11	
No. DE CONTRATO:	43-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes
				1	8
				Año	a
				2020	
				Día	Mes
				31	8
				Año	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DEISY MARICELA GALARZA CESPEDES		C. C.	1.013.657.647	DE
					BOGOTA

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 **PROFESIONAL DE ENFERMERIA** 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. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar. -2. Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería. -3. Realizar procedimientos especiales. -4. Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el médico tratante. Usuario -5 Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio. -6 Preparar y administrar, mezclas, diluciones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas. -7. Revisar Historias Clínicas, actualizar Kardex, tarjetas de droga, Si normas Institucionales. -8 Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 9. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades -10. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. -11. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 12. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	96%	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Revision Historia Clínica, Actualizar Kardex y Tarjeta de medicamentos, Registra plan de cuidado 3-Supervisar y firmar las notas de enfermería al personal a cargo	1-Anecdotario 2-Historias Clínicas Revisadas. 3-Registro de enfermería con firma
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES. 14. Cerrar las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo. -15. Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente. -16. Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. -17. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. -18. Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida.	96%	1-Realizar los procedimientos de enfermería asignados al profesional 2-Realizar dos auditorías mensuales de registros de enfermería	1-Bitacora 2-Lista medicion de adherencia
PEDIATRIA TINTAL	95%	1-Realizar recibo y entrega de turno según procedimiento institucional 2-Realizar asignaciones del recurso humano que se tiene a cargo	1-Libro de recibo y entrega de turno 2-Formato de asignación de actividades
RELACIONES INTERPERSONALES. TRABAJO EN EQUIPO. COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACIÓN SERVICIO. NECESIDADES DEL EQUIPO. 20. Atender las necesidades del equipo de trabajo. -21. Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo. -22. Explicar procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/o familia. -23. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización. -24. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo. -25. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	96%	1-Verificar la realización del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo	1-Lista de verificación
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD. 26. Aplicar los principios de técnica aséptica. -27. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales. -28. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según su actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	96%	1-Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad	1-Asignación de desinfección 2-Verificación terminal fin de semana diario
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACIÓN. 29. Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, manteniendo con ellos el registro de mantenimiento. -30. Revisar las necesidades del servicio y mantener los elementos adecuados. -31. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. -32. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución. -33. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. -34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo. -35. Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	95%	1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clínicas de los pacientes a curso	1-Libro de inventario firmado por el profesional
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE. 35. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 36. Identificar necesidades de capacitación dentro de su grupo de trabajo, promoviendo capacitaciones internas en su área.	98%	1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institución USS EL TINTAL.	1-Formato de capacitación, asistencia a UAT de enfermería

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3.029.940 (TRES MILLONES VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS MCT.)	
 DEISY MARICELA GALARZA C - C.C. 1.013.657.647 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MARITZA MILENA MEJIA LOZANO Firma de recibido supervisor

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1013657647	DEISY MARICELA GALARZA CERPEDES		CALLE 31 SUR N 22A-06	2783632	galarzadeisy@gmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS
PERIODO SALUD					1
2020-07	2020-07	I	11/09/2020	4436-0111	0
TOTAL A PAGAR					\$398.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	151.100

[illegible]**TOTALES PENSIÓN**

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Colaciones Obligadas
25-14	Colpensiones	900336004-7	193.40

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900338004-7	193.400	0	0	0	0	0	0		193.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES				Incapac.	No. Autorizació
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		
14-11	ARL SUPA	890903790-5	29.500		

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		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
			Obligatoria	Voluntaria										
14-11	ARL SURA	890903790-5	29.500			29.500	0	0	29.500			295	29.500	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS	
Código CCF	Nombre
CCF24	Compensar Caja

Código CCF	Nombre	NT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860060942-7	24,200	0	0	24,200	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	151.100	151.100
Pensión	1	193.400	193.400
Riesgos Laborales	1	29.500	29.500
CCF	1	24.200	24.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	398.200	398.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013857647	DEISY MARICELA GALARZA CESPEDES		CALLE 31 SUR N 22A-06	27893632	gallartadeisyl@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE I – Independiente	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLERADOS	UPC
44364011	11/09/2020				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	N	18/09/2020	44766575	\$14.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	5.300

UPC Adicional	Incapacidades		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor					
0		0	0	0	0	5.300	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN		
Código AFP	Nombre	NIT
25-14	Colpensiones	900336004-7
		6.800

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
0	0	0	0	0	0		6.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES		
Código ARL	Nombre	NIT
14-11	ARL SURA	890903790-5
		Colización Obligatoria
		1.000

Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor									
			1,000	0	0	1,000		10	1,000	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS	
Código CCF	Nombre
CCF24	Compensar Caja

NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
86006942-7	900	0	0	900	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRE y Mora	Total a Pagar
Salud	1	5.300	5.300
Pensión	1	6.800	6.800
Riesgos Laborales	1	1.000	1.000
CCF	1	900	900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	14.000	14.000

p

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DEISY MARICELA GALARZA CESPEDES

C.C 1013657647 DE BOGOTA

La suma de \$3.029.940 (TRES MILLONES VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS MCT.) por concepto de: prestación de servicios como enfermera profesional en el área de hospitalización de la USS PATIO BONITO TINTAL, durante el periodo de 01 al 31 del mes de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 43-2020

Deisy Galarza

Nombre de contratista

C.C.1013657647 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 8400703867



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página: 23000726 Ayuda ?

Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje

Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 Ejecución del Contrato

Id de pago

Número de factura

Fecha de emisión

Fecha de recepción

Valor total de la factura

Estado

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	43-01.pdf	43-01.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	43-02.pdf	43-02.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	43-03.pdf	43-03.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	43-04.tif	43-04.tif	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	43-05.pdf	43-05.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	43-06 (1).pdf	43-06 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	43-07.pdf	43-07.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>