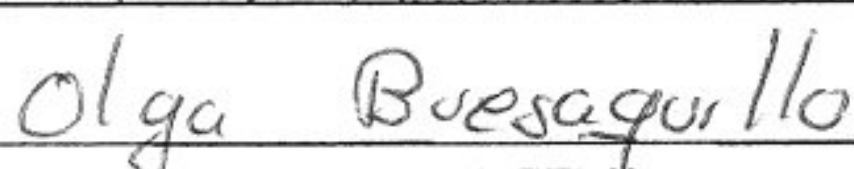
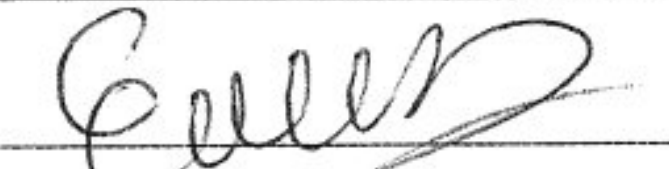


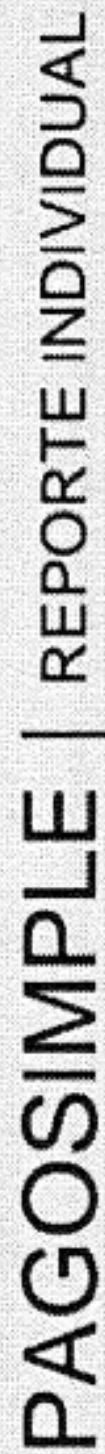
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		OLGA BUESAQUILLO SAMBONI													
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO.		51975354								
CORREO ELECTRONICO:		olguita.b22@hotmail.com				CELULAR:		3103312276							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						U.S.S FONTIBON									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:						MEDICINA INTERNA				SEDE:		FONTIBON			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		FO03106	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DE BOGOTÁ				TIPO DE CUENTA:		AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		000372854								PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5522-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7							
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA									
OBJETO DEL CONTRATO		Prestar servicio profesional y de apoyo a la gestión como ENFERMERA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e nit: 900,959,048-4 ESE, de acuerdo a las necesidades de la institución.													
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO				
				1	1	2021			31	1	2021				
VALOR HONORARIOS MENSUALES HORA:		\$16.290													
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL				RESERVA DE GLOSA 0%									
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. Se realiza 179 horas normales en el mes de diciembre y 192 horas normales en el mes de enero.															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$22.801.452							
VALOR EJECUTADO								\$22.788.420							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3.127.680							
VALOR A LIBERAR								\$0							
SALDO POR EJECUTAR								\$13.032							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%							
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
1034814477	\$1.166.364,00	\$145.796	\$186.618	3	\$28.413	\$360.827									
Dado en Bogotá a los (XX) días del mes de ENERO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.															
Cordialmente,															
 EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 OLGA BUESAQUILLO SAMBONI NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA							

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.				
				Fecha de aprobación	3/04/2017					
				Código:	04-02-FO-0003					
Ubicación del Servicio:		MEDICINA INTERNA			Sede: UNIDAD FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	5522-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	1	2021		31	1	2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA BUESAQUILLO SAMBONI			C.C.	51.975.354	DE	BOGOTÁ			
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.										
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐										
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS			PRODUCTOS ENTREGADOS				
Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.		100%	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.			ORDENES MEDICAS				
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes		100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes			REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION				
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		100%	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			REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION				
Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.		100%	Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido.			REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION				
Participar en la programación de las actividades del área		100%	Participo en la programación de las actividades del área			CUANDO SE REQUIERA				
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.		100%	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.			REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION				
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.		100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.			CUANDO LO REQUIERA				
Impartir instrucciones al personal a cargo		100%	Imparto instrucciones al personal a cargo			PLAN DE ENFERMERIA				
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.		100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.			REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION				
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.		100%	Realizo los procedimientos al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.			REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION				
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.		100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera mi participación.			REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION				
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.		100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.			REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION				
Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.		100%	Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.			CUANDO SE REQUIERA				
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.			PROTOCOLOS INSTRUCIONALES				
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.			FORMATO INSTITUCIONAL				
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.		100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.			CUANDO SE REQUIERA				
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.		100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.			CUANDO SE REQUIERA				
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.		100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.			CUANDO SE REQUIERA				
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.		100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.			CUANDO SE REQUIERA				
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred		100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred			SISTEMA DE INFORMACION				
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado		100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado			CUANDO SE REQUIERA				
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente			PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)				
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.		100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.			CUANDO LO REQUIERAN				
OBSERVACIONES:										
TOTAL A PAGAR (Número y letras):		\$ 3.127.680	TRES MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE							
 Olga Buesaquillo										



Periodo Servicio 202012

PAGADA 2021-01-06

Razón Social	OLGA BUESAQUILLO SAMBONI			
Documento	CC 51975354	Dirección	CR 85B #56 - 11	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3103312276	
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.	
Representante Legal		Identificación		

Documento	CC 51975354	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00			BUESAQUILLO SAMBONI OLGA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

[illegible]

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 199.100	\$ 0	\$ 0	\$ 155.600	\$ 30.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 385.100

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
OLGA BUESAQUILLO SAMBONI
C.C 51975354 DE BOGOTA

La suma de \$3.127.680, por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como enfermera. durante el periodo del 01 al 31 de ENERO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5522-2020

Olga Buesaquillo
OLGA BUESAQUILLO SAMBONI
C.C 51975354 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA
NUMERO 000372854