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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JHON CARLOS USECHE RUBIANO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	11.229.348							
CORREO ELECTRONICO:	JOHN242856@GMAIL.COM				CELULAR:	3022684090							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Sub Red Suroccidente												
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	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	004870431485								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1167-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3			
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	11643	FECHA	31/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion 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.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2021		28	2	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.926.702									
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 tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.178.734
VALOR EJECUTADO	$1.926.702
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.926.702
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.252.032
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	31%

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 **$2.271,315**, 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
19831527	$908.526	$113.600	$145.400	4		**$259.000**

Dado en bogota a los (28) dias del mes de Febrero del año dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pendiente. Cordialmente

IVETE VANESSA MORALES HOYONES

JHON CARLOS USECHE RUBIANO

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ATENCION DOMICILIARIA			**Sede: CUNDINAMARCA**						
No. DE CONTRATO:	**1167-2021**	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	2	2.021		28	2	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JHON CARLOS USECHE RUBIANO			**C. C.**	11.229.348			**DE**	GIRARDOT	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion 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.

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. cumpliendo con el plan de manejo	Reporte historia clinica del paciente.
2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SI	2. cumpliendo con decretos y leyes que hay sobre el menejo de la informacion de las historias clinicas	Se realiza adecuado manejo de historia clinica y correcto diligenciamiento en el aplicativo dinamica.
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	3. registrar todo procedimiento que se le hace al paciente, en la historia clinica, notas de enfermeria de procedimienos y actividades realizadas	Se realiza registro de notas de enfermeria de la administracion de medicamentos de los diferentes pacientes asignados.
4. Recibir en forma documental y previa valoración a los pacientes de alta temprana.	SI	4. Adecuado manejo de historia clinica	Historia clinica y notas de enfermeria
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	5Aplicacion de consentimiento informado para iniciar tratamiento en casa.	Consentimiento informado.
6. Cumplir con la calidad del registro clínico según la normatividad vigente y el manual de manejo y custodia de historia clínica	SI	6. Realizar adecuado registro de los fromatos de enfermeria	Registro de medicamentos y notas de enfermeria
7. Participar en la programación de las actividades del área.	SI	7. Se entrega matriz o programamcion de actividades	Soporte de asistencia en actas.
8. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI	8. Reportar eventos de seguridad	Reporte seguridad de 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. Reportar eventos de seguridad	Entrega de acta de las diferentes fallas encontradas
10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere su participación.	SI	10. Registro de valoracion de enfermeria de pacientes intervenidos estar pendiente de cualquier cambio a novedad que tenga los pacientes.	Seguimiento reportado en Historia clinica de los diferentes pacientes.
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición plan de manejo y atención	SI	11.Educar signos de alarma al paciente y familiares, y programas de cronicos	Se realiza eduacion al pacientes y su familiar y se deja registro en el aplicativo Dinamica
12. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio	SI	12. cumplir protocolos y politicas	Reporte de suceso en el aplicativo de seguridad al paciente.
13. Efectuar actividades de promoción y prevención, educación y cuidado que se debe tener en el paciente y su familia en el proceso de atención en domicilio.	SI	13. Registro de valoracion de enfermeria de pacientes intervenidos estar pendiente de cualquier cambio a novedad que tenga los pacientes.	Entrega de acta de socializacion.
14. Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de calidad según requerimientos de la subred.	SI	14. cumplir protocolos y politicas	Entrega de acta de socializacion.
15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor de contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	15. Informar actividades	Se presenta informe de las actividades realizadas
16. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio.	SI	16. cumplir con los estandares de calidad y avisando cual quier novedad dada.	Reporte de suceso en el aplicativo de seguridad al paciente.
17. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación de contrato.	SI	17.Participar en actividades de equipo y lider	Actas de entrega
18. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	18. Participar en actividades de equipo y lider	Actas
19. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred ,además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	19. Garantizar el manejo óptimo y adecuado de los desechos hospitalarios, según la normatividad vigente.	Se dara cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,926,702 UN MILLON NOVECIENTOS VENTISEIS MIL SETECIENTOS DOS PESOS MCTE

JHON CARLOS USECHE RUBIANO

IVETE VANESA MORALES HOYONES

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOHN CARLOS USECHE RUBIANO

C.C 11.229.348 DE GIRARDOT

La suma de 1.926.702, por concepto de: prestar sus servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como auxiliar de enfermería motorizado en la unidad de atención domiciliaria durante el periodo de 01 al 28 de febrero del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1167-2021

JHON CARLOS USECHE RUBIANO

C.C 11.229.348 DE GIRARDOT

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004870431485

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	JHON CARLOS USECHE RUBIANO
IDENTIFICACION:	CC-11229348
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-02-11
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-02-11
FECHA DE PAGO:	2021-02-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2021-01
PERIODO SALUD:	2021-01
NUMERO PLANILLA:	19831527
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	19831527
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 113.600
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 145.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000	$ 259.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/03/2021