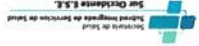


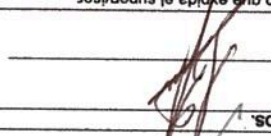
	04-02-F.O-0002	Código:	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	
	15/02/2018	Fecha de aprobación		
	3	Versión		

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CLARA INES PORRAS TARAZONA		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:		[Firma]	
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de MAYO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.							
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		CLARA INES PORRAS		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR		[Firma]	
Número de Planilla	1020200974	IBC DE COTIZACIÓN	\$828.116	APORTE A SALUD	\$104.000	APORTE	\$132.400
				12.5% IBC		PENSIÓN 16%	
						NIVEL	3
						APORTE ARL	\$20.200
						TOTAL APORTES	\$256.600
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 \$2,070,290 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.							
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:							
CONCEPTO							
VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:							
VALOR EJECUTADO							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA							
VALOR A LIBERAR							
SALDO POR EJECUTAR							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN							
89%							
OBSERVACIONES: SE REALIZARON 240 HORAS - VALOR POR HORA 8.984 PARA UN TOTAL DE 2.156.160							
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO							
PERIODO CERTIFICADO:							
DESDE							
DIA							
MES							
AÑO							
HASTA							
DIA							
MES							
AÑO							
VALOR HONORARIOS MENSUALES:							
\$2.156.160							
RESERVA DE GLOSA 2%							
TIPO DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:							
Prestar servicios profesionales de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA 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.							
NÚMERO DE CDP		501		FECHA		10/04/2019	
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3015-2019		Nº DE PAGOS DEL CONTRATO		4DE 4	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVINENDA		TIPO DE CUENTA:		AHORROS	
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA		468270023293		PENSIONADO		NO	
CENTRO DE COSTOS:		B03503		CENTRO DE COSTO		%	
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		POST-PARTO		SEDE:		BOSA	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		USS BOSA		CORREO ELECTRONICO:		clarines613@hotmail.com	
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C		X		C.E	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CLARA INES PORRAS TARAZONA		NO.		20472613	
CELULAR:		3209421993		C.C		X	

Ubicación del Servicio: POST-PARTO
No. de CONTRATO: 3015-2019
Período certificado desde el: 1 de Mayo de 2019 a 31 de Mayo de 2019
NOMBRE DEL CONTRATO: CLARA INES PORRAS TARAZONA
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMA	DO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
1. Prestar los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa II Nivel ESE, aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector.	SI			Preste el servicio como auxiliar de enfermería cumpliendo las normas establecidas por la institución a los pacientes del hospital de Bosa.	Se evidencia en la historia clínica		
2. Recibir y entregar turno a las 7:00 a.m., según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital.	SI			Recibí turno a las 7:00pm y se entregué turno a las 7:00am en conjunto con el grupo de urgencias y el jefe del servicio según lo programado en el turno la noche y conforme a las actividades programadas.	Se evidencia en el Libro de entrega y recibo de turno		
3. Realizar toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente.	SI			realice toma y registro de signos vitales y arreglo de unidad de cada paciente según me corresponda.	Se registra en la hoja de gráficos de signos vitales y notas de enfermería		
4. Preparar al paciente para toma de exámenes y medios de diagnóstico.	SI			realice la preparación adecuada a los pacientes que tenían exámenes pendientes con sus respectivas observaciones.	Se evidencia en las notas de enfermería		
5. Realizar el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la historia clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respetando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo.	SI			Diligencie los formatos que se utilizan en la historia clínica de cada paciente y las deje ordenadas según lo establecido.	Se evidencia en la historia clínica		
6. Verificar las dietas y acompañar al paciente a esta hora.	SI			realice el acompañamiento en la hora del refuerzo de cada paciente requiriendo.	Se evidencia en las notas de enfermería y en la hoja de control de líquidos		
7. Observar y reportar signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente.	SI			llevo el control de todo lo sucedido con mis pacientes asignados le informo al jefe de turno y lo registro en las notas de enfermería.	Se evidencia el registro en notas de enfermería		
8. Colaborar con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas.	SI			Realice las actividades asignadas por el profesional indicado.	Se evidencia en el libro de novedades		
8. Cumplir con las ordenes medicas y educar al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir.	SI			cumplí las ordenes medicas dadas para cada paciente y explique al paciente y familiares sobre prevención y riesgos	Se sustenta en notas de enfermería y historia clínica.		
10. Cumplir con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológicos, del ambiente y de la salud que se puedan producir como consecuencia del manejo inadecuado de los residuos. Llevar correctamente las medidas de protección personal	SI			Controlé y reducí los factores de riesgo biológico y manejo adecuadamente los residuos, utilice las medidas de protección personal adecuadas.	Se evidencia en el libro de novedades		
11. Esterilizar, preparar, mantener y responder por el material, equipos y elementos a su cargo y de la central de esterilización.	SI			Realice la debida esterilización de equipos y materiales a mi cargo.	Se evidencia en el libro de inventario		
12. Brindar apoyo emocional y recreación al paciente.	SI			Brinde al paciente y familiares el apoyo necesario durante la permanencia en el hospital.	Se evidencia en las notas de enfermería.		
13. Brindar información, educación y seguimiento al paciente y familia al egreso.	SI			Explique al paciente y familia sobre seguimiento y proceso a seguir en el momento del egreso.	Se deja evidencia en notas de enfermería y libro de egreso.		

OBSERVACIONES:
TOTAL A PAGAR: \$2.156.160 DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA PESOS.
CONTRATISTA: Clara Ines Porras Tarazona
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SUPERVISOR: 

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

Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACIÓN
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-05-07, 10:10:02 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1020200974

Período Cotización:

abril de 2019

Período Servicio:

abril de 2019

Referencia pago (PIN): 8886617850

PAGADO 07/05/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLARA INES PORRAS TARAZONA	Dirección	CRA 11 49 BIS 08 SUR
Documento	CC20472613	Teléfono	2795138
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Identificación	ARL SURA
Representante Legal			
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado														Novedades										Pensiones				Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres			Tipo Cotización	Salud Cotización	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VLT	IGE	LMA	VCA	AVP	VCT	IRP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora Pension	Aporte Pension	Administradora Salud	IBIC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBIC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora Caja	IBIC Caja	Aporte Caja	Aporte ESAP	Aporte ICBF	Aporte Minutero	Total						
CC 20472613	CLARA INES PORRAS TARAZONA			59	00																0	30	30	30		\$ 828.116	\$ 132.500	(EPS)44 MEDIANA EPS	\$ 828.116	\$ 103.600	2.436	\$ 828.116	\$ 20.200	(IN)C43 MINIMA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 256.300			

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sana	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saludos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 828.116	\$ 828.116	\$ 828.116	\$ 0	\$ 132.500	\$ 103.600	\$ 20.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 256.300	\$ 300	\$ 256.300