155210

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:	ANGIE CAROLINA CASTAÑEDA ROBLES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1030676938						
CORREO ELECTRONICO:	CAROLINACASTA326@GMAIL.COM				CELULAR:	3024271296						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UNIDAD RENAL				SEDE:	KE10						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10A09	90	KE10J17	10								
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0005 7013 4965								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4882-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 3						
NÚMERO DE CDP	162	FECHA	4-feb-21	NÚMERO DE CRP	1589	FECHA	8/02/2021					
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA											
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
		8	2	2021		28	2	2021				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.316.838											
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0									

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.966.405
VALOR EJECUTADO	$1.316.838
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.316.838
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.649.567
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	27%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1043214867	$908.526,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$272.100**

Dado en Bogotá a los del mes de FEBRERO del dos Mil VEINTI UNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUDY ANDREA CUBILLOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGIE CAROLINA CASTANEDA ROBLES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2016	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD RENAL				**Sede: KENNEDY**					
No. DE CONTRATO:	4882-2021	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			8	2	21		28	2	21
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE CAROLINA CASTAÑEDA ROBLES	**C. C.**	1.030.676.938	**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 **AUXILIAR 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. Ejecutar con criterio todas las acciones encaminadas a la prestacion integral del paciente en terapia de reemplazo renal. 2. Realizar procedimientos dentro de la sala de hemodialisis con adherencia a los protocolos de la unidad renal.	100%	1. Porta uniforme y elementos nesesarios para el cumplimiento de las actividades dentro de la sala de hemodialsis.2.Realiza toma de signos vitales en cada sesion de hemodialsiis. 3. Dispensa acido y bicarbonato .4. Programa maquina de hemodialisis segun prescripcion medica. 5.Asiste conexion y desconexion de acceso vascular segun protocolo .	1.Historia Clinica 2. Registros con firma y sello-2. Adeherencia a protocolos .
1. Relaciones interpersonales, trabajo en equipo y trato humanizazo, comunicación acertiva.	100%	1. Manteniene trato cordial y humanizado con los pacientes en programa de hemodialisis. 2. Mantiene relaciones interpersonales y trabajo en equipo.	1. Lista de verificacion
1. Manejo , uso de recursos fisicos , insumos equipos, e identificacion.	100%	1. Diligencia formato de huellas al paciente renal. 2. Vigila sesion de hemodialisis durante las cuatro horas 3. Lleva el stop diario de medicamentos dentro de la sala de hemodialsis. 4. Asiste toma muestras para laboratorio mensuales , segun protocolo. 5. Asiste a la enfermera en atencion de complicaciones propias de la terapia.	1. Inventarios , Registros .
Entrega de reporte indicadores de calidad.	100%	1. Monta maquinas de hemodialisis por consolidado de la sala de hemodialsiis según revista medica especializada. 2. Dilaiza paciente en unidad de cuidados intensivos según prescripcion medica. 4. Reporta eventos adversos a la jefe de sala en el mismo dia que se presente.	1. formatos establecidos para reporte de informacion .
1. Verificar actividades propias del servicio para bienestar del paciente.	100%	1. Organiza pedido de insumos para cada terapia de hemodialsiis, según parametros establecidos por el especialista. 2. Realiza kit de hemodialsiis 3.Diligencia hoja de sesion de hemodialsiis . 4. Realiza lavado de manos 5. Realiza inventarios en cada turno 6. Vela por los insumos e inmuebles de la unidad renal.	1. Consolidados diarios .
1. Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad .	100%	1.Realiza limpieza y desinfeccion de la sala de hemodialisis. 2. Realiza limpieza y desinfeccion de la maquina de hemodialisis. 3. Utiliza elementos de bioseguridad para cada procedimiento. 4. Realiza desinfeccion terminal de la sala de hemodialsiis y dialisis peritoneal segun cronograma .	1. Cronograma de desinfecciones .2. Formato de adherncia (Lista de chequeo)
1. Educacion clinica e investigacion permanente.	100%	1. Asistir a las capacitaciones programadas por la institucion en el servicio.	1. Formato de capacitacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR 1,316,838 (UN MILLON TRESCIENTOS DIECISEIS OCHOCIENTOSTREINTA Y OCHO) PESOS MCT

NOMBRE DEL CONTRATISTA ANGIE CAROLINA CASTAÑEDA ROBLES CC 1030676938BTA: carolina castañeda

Fecha : LUDY ANDREA CUBILLOS

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

Escaneado con CamScanner

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-08, 10:34:29 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1043214867

Periodo Cotización: enero de 2021 **Periodo Servicio:** enero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8814923740

PAGADO 08/02/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE CAROLINA CASTANEDA		
Documento	CC1030676938	**Dirección**	CALLE 6 C N 94 A 40 TINTAL 2
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3024271296
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	RET 2	TDE	TAE	TDP	VSP	COR	SLN	IGE	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APO	Días ING	Días RET	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1030676938	ANGIE CAROLINA CASTANEDA ROBLES	59	00														0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 109.800	2,436	$ 877.803	$ 21.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 140.500	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700	$ 400	$ 272.100

Carolina Castaneda

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE # 10 / 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

ANGIE CAROLINA CASTAÑEDA

CC. 1.030.676.938 DE BOGOTA

La suma de $1.734.450 UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE, por concepto de Auxiliar de enfermería Unidad Renal durante el periodo de 08 al 28 de FEBRERO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios

4882 -2021

carolina castañeda

ANGIE CAROLINA CASTAÑEDA

CC. 1.030.676.938 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000570134965

Escaneado con CamScanner