uenta No. 91163

| NOMBRE | DOCUMENTO | CORREO | CELULAR | BANCO | TIPO DE CUENTA | NO. DE CUENTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| LUZ DARY BOHADA SANABRIA | 52965893 | BOHADA2015@HOTMAIL.COM | 3224222398 | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | AHORRO | 24054251421 |
| PERIODO | SUPERVISOR | CONTRATO CDP / CRP | CENTROS DE COSTO | DOCUMENTO EQUIVALENTE | NO. PLANILLA | PLANILLA |
| 2023-01-01 / 2023-01-31 | DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO | 553815 / 758 | • KE10B02-100% | • EQUIVALENTE-52965893-20230116060144-EQUIVALENTE DE BOHADA.pdf | 8364427219 | • PLANILLA-52965893-20230116060144-PLANILLA UNIFICADA DE BOHADA.pdf |
| VALOR TOTAL MAS ADICIONES | | VALOR EJECUTADO | VALOR A PAGAR | VALOR A LIBERAR | SALDO POR EJECUTAR | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN |

| NOMBRE | DOCUMENTO | CORREO | CELULAR | BANCO | TIPO DE CUENTA | NO. DE CUENTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $40,120,772 | | $19,414,956 | $1,865,856 | | $20,705,816 | 48.39% |

| ID | OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|---|
| **543407** | ACTIVIDADES BÀSICAS: 1.Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades.2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento.3. Ejecutar con criterio actividades según tratamiento mèdico y de enfermería planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y cuidados del paciente.4.Realizar procedimientos básicos , teniendo en cuentea la técnica adecuada.5.Areglar la unidad, mantener el y aseo de la misma.6. Preparar el paciente, colaborar en los exámenes de diagnòstico y tratamientos especiales.7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.8.Realizar calculo y control de liquidos administrados y eliminados.9.Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para la 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.10.Dedicar la totalidad del tiempo para el | • 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades.<br>• 2- Realizar procedimiento básico de enfermería a pacientes asignados.<br>• 3-Preparar paciente para para exámenes especiales y/o medios diagnósticos.<br>• 4- Asistir al paciente en sus actividades básicas. | • 1-Anecdotario.<br>• 2-Bitacora de procedimientos.<br>• 3-Bitacora de procedimientos.<br>• 4-Bitacora de procedimientos. |

| NOMBRE | DOCUMENTO | CORREO | CELULAR | BANCO | TIPO DE CUENTA | NO. DE CUENTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | cumplimiento de sus actividades. | | | | | |
| **543408** | REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, LEGIBLES Y VERACES:11.Efectuar oportuna y claramente registro de todos los cuidados de enfermería.12.Registrar en notas de enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas.13.Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, escribiendo en las notas de enfermería su nombre claro y manteniendo identificadas las historias clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos los procedimientos de auditoria y el manual de historia clínicas de la institución, respaldado toda actuación con su nombre y sello.14.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo concerve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida.15.Elaborar guias, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades. | • 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente. | • 1-Lista de verificación. | |
| **543409** | RECIBO Y ENTREGA DE TURNO:16.Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes. | • 1-Realizar recibo y entrega de turno. | • 1-Libro de recibo y entrega de turno con asignación diaria. | | | |

| NOMBRE | DOCUMENTO | CORREO | CELULAR | BANCO | TIPO DE CUENTA | NO. DE CUENTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **543410** | RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO:17.Aternder las necesidades del equipo de trabajo.18.Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.19.Respectar 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.20.Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.21.Complir 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 | | • 1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio | • 1-Bitacora y/o lista de verificación. | |
| **543411** | EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD:22.Aplicar los principios de técnica aséptica.23.Apicar las normas universales de bioseguridad en el manejo de fluidos.24.Cumplir con la prestación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de salud ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a | | • 1-Usa los elementos de protección personal.<br>• 2-Realiza aseo y desinfección de camas, camillas e inmobiliario de paciente. | • 1-Anecdotario.<br>• 2-Lista de verificación aseo y desinfección | |

| NOMBRE | DOCUMENTO | CORREO | CELULAR | BANCO | TIPO DE CUENTA | NO. DE CUENTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | realizar en la institución asi 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. | | | | | |
| **543412** | MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION:25.Vijilar e informar faltantes del inventario.26.Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.27.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.28.Portar el carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.29.Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrado y controlado los formatos establecidos para esta función .30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o perdidas de los bienes bajo el marco normativo.31. Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan. | | • 1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato.<br>• 2-Custodia historias de pacientes asignados. | | • 1-Libro de inventario.<br>• 2-Registro del traslado de historias clínicas de la unidad. | |

| NOMBRE | DOCUMENTO | CORREO | CELULAR | BANCO | TIPO DE CUENTA | NO. DE CUENTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **543413** | CAPACITACIONES, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE:31.Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución.32.Participar enel diagnòstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización. | | • 1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK. | | • 1-Formato de asistencia de capacitación. | |

CERRAR VENTANA

compensar | miplanilla.com



Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | LUZ DARY BOHADA SANABRIA |
| **No. Identificación:** | CC52965893 |
| **Dirección:** | CR 4F BIS 89A 80 SUR |
| **Telefono:** | 7323421 |
| **Correo:** | bohada2015@hotmail.com |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 8364427219 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | LUZ DARY BOHADA SANABRIA |
| **Tipo y número de identificación** | CC52965893 |
| **Número de planilla** | 8364427219 |
| **Fecha pago** | 2023-01-11 |
| **Número de autorización pago** | 54233805 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | diciembre de 2022 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | diciembre de 2022 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 309400 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8364427219

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 24400 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 160000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 125000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52965893
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ DARY BOHADA SANABRIA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 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 | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LUZ DARY BOHADA SANABRIA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52965893 | |
| CORREO ELECTRONICO: | BOHADA2015@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3224222398 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | OBSERVACION OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10B02 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24054251421 | | | | | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5538 | | | VIGENCIA | | 2022 | |
| NÚMERO DE CDP | 15 | FECHA | 2023-01-01 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 758 | FECHA | 2023-01-01 20:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-01-01 | | 2023-01-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,865,856 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | |

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: | $40,120,772 |
| VALOR EJECUTADO | $19,414,956 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,865,856 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $20,705,816 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 48% |

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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8364427219 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) dias del mes de Enero de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Copia Certificada Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LUZ DARY BOHADA SANABRIA**

**C.C 52.965.893 DE BOGOTÁ**

La suma de 1.865.856 por concepto de: prestación de servicios como auxiliar de enfermería en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 1 al 31 de ENERO de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5538-2022.



**Nombre del contratista**

**C.C. 52.965.893 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24054251421**