| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LILIANA PATRICIA MOLINA | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1067862284 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | lilianar1587@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3146219231 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | MEDICINA INTERNA BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | B035A11 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 85343341 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4778 | | | VIGENCIA | 2022 | | |
| NÚMERO DE CDP | 788 | FECHA | 2023-04-12 10:27:35.000 | NÚMERO DE CRP | 20080 | FECHA | 2023-04-17 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-05-01 | | 2023-05-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,659,920 | | | | | | |
| 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: | $63,864,590 |
| VALOR EJECUTADO | $39,651,809 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,659,920 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $24,212,781 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 62% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8367638738 | $1,063,968 | $132,996 | $170,235 | 3 | $25,918 | $329,149 |

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

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
Supervisor

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

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

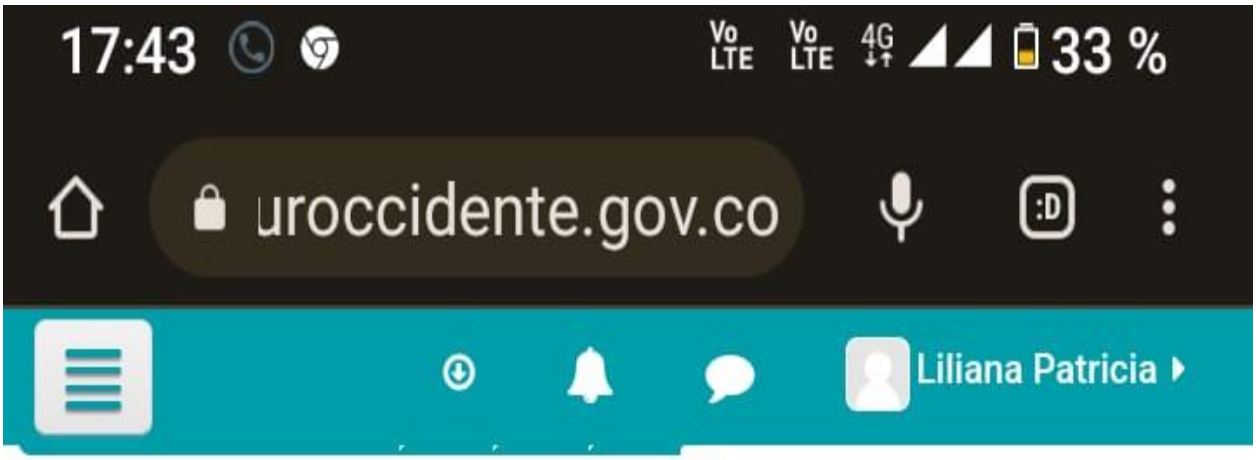
| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1) Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. |
| 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. |
| 3) Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. |
| 4) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención | Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención | Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención |
| 5) Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. | Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. | Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. |
| 6) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad |
| 7) Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. |
| 8) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. | Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. | Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. |
| 9) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible | Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible | Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible |
| 10) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. |

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
Supervisor

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

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Sur Occidente




Ahora a probar cuanto aprendimos

# SEGURIDAD DEL PACIENTE V3

| | |
|---|---|
| Comenzado el | Thursday, 18 de May de 2023, 17:35 |
| Estado | Finalizado |
| Finalizado en | Thursday, 18 de May de 2023, 17:41 |
| Tiempo empleado | 6 minutos 25 segundos |
| Puntos | 10.33/12.00 |
| Calificación | 8.61 de 10.00 (86%) |

## Pregunta 1

Correcta

Se puntúa 1.00 sobre 1.00

Marcar pregunta

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

**Señor(a):** LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS
**No. Identificación:** CC1067862284
**Dirección:** CALLE 54C SUR N 87B-21
**Telefono:** 3108174740
**Correo:** lilianar1587@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8367638738

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC1067862284 | **Periodo de Cotización Salud** | abril de 2023 |
| **Número de planilla** | 8367638738 | **Periodo de Cotización Pensión** | abril de 2023 |
| **Fecha pago** | 2023-05-17 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 59537435 | **Total Pagado** | 382100 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8367638738

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 28300 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 185600 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 23200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 145000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1067862284
APELLIDOS Y NOMBRES: LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 23200 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información