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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52027948 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | karenyniko22@gmail.com | | | | CELULAR: | 7329488 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ATENCION DE PARTO BAJO Y ALTO RIESGO BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | |
| | BO35D05 | 33 | BO36A24 | 34 | B035I01 | 33 | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 22144164478 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 769 | | | VIGENCIA | | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1334 | FECHA | 2023-06-07 09:35:35.000 | NÚMERO DE CRP | 27405 | FECHA | 2023-06-10 13:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2023-04-01 | | 2023-04-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,840,400 | | | | | |
| 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: | $11,361,600 |
| VALOR EJECUTADO | $8,521,200 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,840,400 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,840,400 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 75% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1053509417 | $1,136,160 | $142,020 | $181,786 | 3 | $27,677 | $351,482 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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 |
|---|---|---|
| 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 | Se recibio y se entrego el turno informando paciente asignado, evolucion y actividades |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con losprocedimientos y protocolos del servicio | Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con losprocedimientos y protocolos del servicio | Se realizaron las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio |
| 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 | Se informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención 6)Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y darcontinuidad del tratamiento ambulatorio | Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención | Se recibio retroalimentacion del supervisor sobre las dificultades del proceso de atención |
| Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y darcontinuidad 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 darcontinuidad del tratamiento ambulatorio | Se asesora al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | Se aplican los los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad |
| 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 | Se binda orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio | Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio | Se realiza el registro de diferentes reportes y libros propios del servicio de enfermeria |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible | Actividad No Programada | No aplica |
| 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 | Se realiza el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento | Actividad No Programada | No aplica |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Actividad No Programada | No aplica |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Se participa en la jornada de Induccion y Capacitacion convocadas |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Actividad No Programada | No aplica |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Se da a conocer y se cumplen con los procedimientos establecidos por la Subred |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Actividad No Programada | No aplica |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Se registran las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Se entrega la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Se realizan las demas actividades acordes al objeto del contrato |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

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

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2023-04-19, 11:34:12 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1053509417

**Periodo Cotización** 202303 **Periodo Servicio** 202303

**Cliente:**

## PAGADA 2023-04-19

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN | | | | |
| **Documento** | CC 52027948 | **Dirección** | CL 24 SUR #15 G - 03 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3242497991 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | SOACHA | **Departamento** | CUNDINAMARCA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 52027948 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | CARDENAS BELTRAN NUBIA ESPERANZA | 25754000 - 25 | | CUNDINAMARCA |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.018.980 | 25-14 | | 16 % | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | EPS037 | | 12,5 % | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.160.000 | $ 28.300 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | NUEVA EPS S.A. | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - 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!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN**
**C.C 52.027.948 De Bogota**

La suma de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE. (2.840.400)**, por concepto de: Prestación de Servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** de la unidad de prestación de Servicios **BOSA II NIVEL** durante el periodo del **01 AL 30 DE ABRIL DE 2023** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **769** de 2023



**NUBIA ESPERANZA CARDENAS BELTRAN**
**C.C. 52.027.948**
**CUENTA AHORROS BANCOLOMBIA**
**NUMERO 22144164478**