| 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: | yenni florez sepulveda | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 60395053 | |
| CORREO ELECTRONICO: | juanaflorez2001@gmail.com | | | | CELULAR: | 6014942010 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | B035C10 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4870467539 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8988 | | | VIGENCIA | 2022 | | |
| NÚMERO DE CDP | 143 | FECHA | 2023-01-17 16:18:14.000 | NÚMERO DE CRP | 6361 | FECHA | 2023-01-17 20:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-01-01 | | 2023-01-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,125,700 | | | | | | |
| 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: | $11,009,410 |
| VALOR EJECUTADO | $8,543,525 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,125,700 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,465,885 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 78% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7862793831 | $1,416,984 | $177,123 | $226,717 | 3 | $34,518 | $438,358 |

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

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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 |
|---|---|---|
| Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. | Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. | ENTREGA DE TURNO |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | SEGUIMIENTO PACINETE ASISTENCIAL |
| Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido. | Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido. | LIBROS HISTORIA CLINICA INFORMACION |
| Participar en la programación de las actividades del área. | Participo en la programación de las actividades del área. | ENTREGA DE TURNO Y LIBRO |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | CUANDO SE REQUIERA |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | SISTEMA INFORMATIVO |
| Impartir instrucciones al personal a cargo | Imparto instrucciones al personal a cargo | TRABAJO EN EQUIPO |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | CUANDO LO REQUIERA |
| Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Realizo los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | SISTEMA DE INFORMACION |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | SISTEMA DE INFORMACION ALMERA Y EN LA INTRANET |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | LIBRO DE NOTIFICACION |
| Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio | Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio | PARTICIPACION ACTIVA |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | CUANDO SE REQUIERA |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | REGISTRO EN EL SISTEMA |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | CUANDO LO REQUIERA |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | CUANDO LO REQUIERA |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Conosco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | TRABAJO EN EQUIPO |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | apoyo a la subred en las actividades que demande según requirimientos interrinstitucionales y extra institucionales | CUANDO LO REQUIERA |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | registro las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio de acuerdo con el sistema de informacion de la subred | LIBROS HISTORIA CLINICA INFORMACION |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | realizo supervision de los contratos para los que sea designado | CUANDO LO REQUIERA |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | entrego la constancia de afiliacion y el pago al sistema en salud , pensiones y riesgos profecionales mensuales . | CUANDO LO REQUIERA |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | realizo las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato | CUANDO LO REQUIERA |

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 60395053 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YENNI FLOREZ SEPULVEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CR 79 # 45 - 70 SUR | TELÉFONO: | 4942010 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7862793831** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2022 | SALUD: | AÑO: | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/12/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1806215059 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 226.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 226.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 177.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 177.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 34.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 34.600** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 438.600** |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA**

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

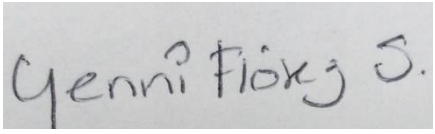
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YENNY FLOREZ SEPULVEDA**

**C.C 60395053 . DE CUCUTA**

La suma de $3..125.525, por concepto de: prestación de servicios como JEFE DE ENFERMERIA de la unidad de USS BOSA, durante el periodo de 11 al 31 de enero DE 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8988-2022



**Nombre de contratista**

**YENNY FLOREZ SEPULVEDA**

**C.C.60.395.053. DE CUCUTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO** 4870467539.