DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

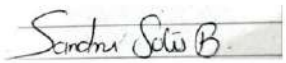
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SANDRA MILENA SOLIS BOYA

C.C. 1.012.325.650 DE BOGOTA

La suma de 1.977.760, por concepto de: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA durante el periodo del 1 al 31 de Agosto de 2023, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4794-2022.



Nombre de contratista

SANDRA MILENA SOLIS BOYA

C.C. 1.012.325.650 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488402424409

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
		Fecha de aprobación	2/15/2018
		Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Sandra Milena Solís Boya						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012325650	
CORREO ELECTRONICO:	sandrasolis86-@hotmail.com				CELULAR:	3059444905	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OBSERVACION BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO35B02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488402424409					PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	4794			VIGENCIA		2022	
NÚMERO DE CDP	1714	FECHA	2023-07-24 10:19:03.000	NÚMERO DE CRP	35415	FECHA	2023-07-31 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-08-01		2023-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,977,760				
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:	$46,249,402
VALOR EJECUTADO	$41,457,980
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,977,760
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,791,422
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	90%

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
8369688368	$908,526	$113.566	$145,364	3	$22,132	$281.062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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 Sur Occidente

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
Prestare los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.	Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes
Recibire y entregare turno a las 7 am a 1 pm según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital.	Recibí y entregue turno a las 7 am a 1 pm según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes
Realizare toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente.	Realice toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes
Preparare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos.	Prepare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes
Realizare el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo.	Realice el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes
Verificare las dietas y acompañe al paciente a esta hora.	Verifique las dietas y acompañe al paciente a esta hora.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes
Observare y reportare signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente	Observe y reporte signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes
Colaborare con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas	Colabore con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes
Cumplire con las órdenes médicas y eduque al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir.	Cumplí con las órdenes médicas y eduque al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir.	Registre en la historia clínicadel paciente en el mes
	Cumplí con las actividades dirigidas a	

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a): SANDRA MILENA SOLIS BOYA
No. Identificación: CC1012325650
Dirección: CALLE 34 #14-00 ESTE
Telefono: 3059444905
Correo: sandrasolis86-@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8369688368

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SANDRA MILENA SOLIS BOYA
Tipo y número de identificación	CC1012325650
Número de planilla	8369688368
Fecha pago	2023-08-08
Número de autorización pago	87166358
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2023
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	358900
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8369688368

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	28300	1
230301	Porvenir	185600	1
EPS005	Sanitas EPS	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1012325650
APELLIDOS Y NOMBRES: SANDRA MILENA SOLIS BOYA

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
EPS005	230301	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	28300	0

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