| 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: | Luzdary bermudez ramirez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 51919647 | |
| CORREO ELECTRONICO: | luzdarybermudezramirez@gmail.com | | | | CELULAR: | 3112286586 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | AMBULANCIA 5129 TRASLADO PRIMARIO | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | N012 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24117694309 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1366 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2696 | FECHA | 2023-11-01 15:56:28.000 | NÚMERO DE CRP | 58695 | FECHA | 2023-11-09 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-11-01 | | 2023-11-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,956,720 | | | | | | |
| 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: | $19,567,200 |
| VALOR EJECUTADO | $17,736,720 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,956,720 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,830,480 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 91% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1056827961 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 4 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

PIOQUINTO ALEMAN
8691157
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. Realizar acciones de auxiliar de enfermería direccionadas, de acuerdo a los programas y Plan de atención integral de enfermería para cada paciente. | Actividades propias de la atenciòn de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guìas de manejo de atenciòn) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado | "Auditorias gneradas aleatoriamente en el proceso de traslado. -Auditoria de registros clìnicos - Auditorias concurrentes aleatorias" |
| 2. Educar al individuo,familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia. | Actividades propias de la atenciòn de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guìas de manejo de atenciòn) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado | "Auditorias gneradas aleatoriamente en el proceso de traslado. -Auditoria de registros clìnicos - Auditorias concurrentes aleatorias" |
| 3. Realizar las actividades programadas en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta normas técnicas y administrativas. | Aplica en casos de asistir a apoyar en el servicio de urgencias de cualquiera de las unidades. | Formato de asistencia a otros servicios |
| 4. Reclamar y entregar historias clínicas a Estadística. 5. Administrar medicamentos únicamente bajo supervisión y autorización estricta del profesional de enfermería, según manual de administración de medicamentos con el correcto registro en la historia clínica correspondiente. | Diligenciamiento de la Hisoria clìnica, la lista de chequeo y demas formatos definidos para el traslado de pacientes ( Entraga de las HC y demas formatos) | Certificaciòn generada por lider de ambulancia , por apoyo administrativo de la CREAT ( se verifica las HC entregadas vs el libro de reporte de traslados ) |
| 6. Entrevistar y preparar al paciente de acuerdo a la consulta e impartiendo la educación requerida. | Registros clìnicos coherentes y pertinentes | Auditoria de registros clìncos de coherencia y pertinencia |
| 7. Mantener sus respectivos servicios en orden y estricta limpieza, cumpliendo con los procedimientos de limpieza y desinfección institucional. 8. Esterilizar, preparar y responder por el material, equipos y elementos completos bajo su responsabilidad. | Diligenciamiento del formato de Limpieza y desinfeccion | Entrega del formato de Limpieza y desinfeccion adecuadamente diligenciado |
| 10. Colaborar en actividades intrahospitalarias y extrahospitalarias para el desarrollo de los programas de salud de la Institución. | Realizar acciones en los diferentes programas de la Institución ( progrma de seguridad, Humanizaciòn entre , medio ambiente) | Adherirse a los programas a través del actuar diario ( programa de seguridad del paciente, humanizaciòn, politica ambiental, poliitca del no fumador) |
| 11. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población. | Utilizar los elementos de EPP, Notificar eventos de salud pùblica en caso de ser necesario, Diligenciar los registros pertinentes | Notificaciones en caso de difiucltades, Uso correcto de EPP |
| 12.Participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de salud de la comunidad. | En caso de ser requerido, previo anàlisis | Cuando aplique previa autorizacion del personal |
| 13. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud. | Trabajo en equipo | Actitud de trabajo en equipo, entregas de turno ( se verifica libro de entrega de turno al azar) |

PIOQUINTO ALEMAN
8691157
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

**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 BERMUDEZ RAMIREZ**

**C.C. 51.919.647 DE BOGOTÁ**

La suma de $ 1.956.720 por concepto de: El desarrollo de las actividades como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo del 1 al 30 de noviembre del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1366-2023



**LUZ DARY BERMUDEZ RAMIREZ**

**Nombre de contratista**

**C.C. 51.919.647 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24117694309**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-15, 08: AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1056827961

Periodo Cotización: octubre de 2023 | Periodo Servicio: octubre de 2023 | Referencia pago 8802311429

PAGADA 18/10/2023

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | LUZ DARY BERMUDEZ RAMIREZ | | |
| Documento | CC51919647 | Dirección | TV 36 #69 J - 62 SUR |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3017828560 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | UNICA |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | NINGUNA ARP |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 51919647 | LUZ DARY BERMUDEZRAMIREZ | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | COLPENSIONES | $1.160.000 | $185.600 | FAMISANAR EPS | $1.160.000 | $145.000 | 0.00000 | $0 | $0 | NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $330.600 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades,licencias,saldos a Favor) | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | $1.160.000 | $0 | $0 | $185.600 | $145.000 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $330.600 | $0 | $330.600 |



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! 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

# MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO IDENTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 51919647 | BERMUDEZ | RAMIREZ | LUZ | DARY | 2017-06 | CAFESALUD E.P.S S.A. | COTIZANTE |
| CC | 51919647 | BERMUDEZ | RAMIREZ | LUZ | DARY | 2015-09 | SALUDCOOP E.P.S | COTIZANTE |
| CC | 51919647 | BERMUDEZ | RAMIREZ | LUZ | DARY | 2023-10 | FAMISANAR E.P.S. | COTIZANTE |
| CC | 51919647 | BERMUDEZ | RAMIREZ | LUZ | DARY | 2015-01 | SALUDCOOP E.P.S | BENEFICIARIO |
| CC | 51919647 | BERMUDEZ | RAMIREZ | LUZ | DARY | 2022-11 | FAMISANAR E.P.S. | BENEFICIARIO |
| CC | 51919647 | BERMUDEZ | RAMIREZ | LUZ | DARY | 2019-08 | MEDIMAS EPS S.A.S | COTIZANTE |
| CC | 51919647 | BERMUDEZ | RAMIREZ | LUZ | DARY | 2019-09 | SALUD TOTAL S.A. | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9

81 Registros en 9 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

**datos guardados**

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Si No

| identificación de pago | numero de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | |

crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CTO 1366-2023 FEBREO LUZDARY BERMUDEZ.pdf | CTO 1366-2023 FEBREO LUZDARY BERMUDEZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | cto 1366-2023 LUZ DARY -MARZO.pdf | cto 1366-2023 LUZ DARY -MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 1366-2023 LUZ DARY BERMUDEZ-ABRIL.pdf | CTO 1366-2023 LUZ DARY BERMUDEZ-ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 1366-2023 LUZDARY BERMUDEZ-MAYO.pdf | CTO 1366-2023 LUZDARY BERMUDEZ-MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 1366-2023 LUZ DARY -JUNIO.pdf | CTO 1366-2023 LUZ DARY -JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | LUZ DARY BERMUDEZ-JULIO.pdf | LUZ DARY BERMUDEZ-JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE AGOSTO LUZ DARY BERMUDEZ 2023.pdf | CUENTA DE AGOSTO LUZ DARY BERMUDEZ 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | LUZDARY BERMUDEZ SEPTIEMBRE 2023.pdf | LUZDARY BERMUDEZ SEPTIEMBRE 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | LUZ DARY BERMUDEZ-OCTUBRE 2023.pdf | LUZ DARY BERMUDEZ-OCTUBRE 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Carga nueva

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >