| 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: | JAIDY PATRICIA LOZANO SEPULVEDA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52190125 | |
| CORREO ELECTRONICO: | jaidylozanos@gmail.com | | | | CELULAR: | 3002545136 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | OTRAS TERAPIAS BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | B035M07 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7500875393 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 797 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 2932 | FECHA | 2023-11-29 16:40:51.000 | NÚMERO DE CRP | 63007 | FECHA | 2023-11-30 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TERAPEUTA RESPIRATORIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-11-01 | | 2023-11-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,569,940 | | | | | | |
| 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: | $39,067,454 |
| VALOR EJECUTADO | $36,294,390 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,569,940 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,773,064 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 93% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9458785711 | $1,523,174 | $190,397 | $243,708 | 3 | $37,105 | $471,209 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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 |
|---|---|---|
| Prestar los servicios profesionales como Terapeuta Respiratoria en el USS Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector. | Presté los servicios profesionales como Terapeuta Respiratoria en el USS BOSA aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector. | Registrado en la Historia Clínica de los pacientes atendidos en el mes. |
| Participar en la elaboración, actualización y divulgación de los protocolos de manejo de su área y cumplir con la respectiva adherencia. | Participé en la elaboración, actualización y divulgación de los protocolos de manejo de su área y cumplir con la respectiva adherencia. | Registrado en las actas de socialización |
| Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos. | Realicé vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos. | Se toma la muestra y se comunica a epidemiología para su envío a SDS. |
| Diligenciar de forma adecuada, clara, legible y oportuna de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido respaldando su atención con la firma. | Diligencié de forma adecuada, clara, legible y oportuna de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido respaldando su atención con la firma y sello. | Registrado en la Historia Clínica de los pacientes atendidos en el mes. |
| Realizar la consulta y evolución diaria de pacientes hospitalizados y plan de manejo. | Realicé la consulta y evolución diaria de pacientes hospitalizados y plan de manejo. | Registrado en la Historia Clínica de los pacientes atendidos en el mes . |
| Cumplir con las actividades contempladas como normas de bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios. | Cumplí con las actividades contempladas como normas de bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios. | Se siguen protocolos institucionales. |
| Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata. | No se presentaron accidentes ni incidentes de trabajo | No Aplica. No hubo accidentes ni incidentes en el mes. |
| Recibir y entregar turno con la presentación adecuada, utilizando los elementos de protección personal requeridos y de acuerdo con la programación establecida. | Recibí y entregué turno con la presentación adecuada, utilizando los elementos de protección personal requeridos y de acuerdo con la programación establecida. | Registrado en el Formato entrega de turno |
| Diligenciar adecuadamente los registros de los sistemas de información y los soportes adecuados para la facturación del servicio. | Diligencié adecuadamente los registros de los sistemas de información y los soportes adecuados para la facturación del servicio. | Registrado en los Formatos de facturación de oxigeno-formato de procedimientos de terapia respiratoria y en la Historia Clínica de los pacientes atendidos en el mes. |

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 Controlada
Subred Sur Occidente