# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

**La EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

## CERTIFICA

Que **Karen Yesenia Gutierrez Yate** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1019117671,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1019117671 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Karen Yesenia Gutierrez Yate |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 15/03/1996 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/01/2023 |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN | |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1019117671 KAREN YESENIA GUTIERREZ YATE Desde 20/11/2023 - Vigente

Generado por aagodoy 19/12/2023

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

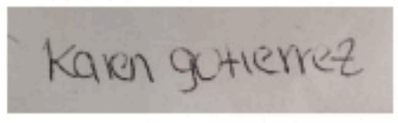
**DEBE A:**

**NOMBRE**

**KAREN YESENIA GUTIERREZ YATE**

**C.C 1019117671 DE BOGOTÁ**

La suma de $ **694.320** por concepto de prestación de servicios como auxiliar de enfermería en el área de lactario sede Kennedy durante el periodo de **20** al **30** de **noviembre 2023** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **6886 - 2023**




**KAREN YESENIA GUTIERREZ YATE**

**CC 1019117671 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS**

**BANCO**

**BBVA**

**CUENTA**

**0918068834**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 |
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 |
| | Código: | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | Karen Yesenia Gutiérrez yate | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | | C.C | X | C.E | No. | 1019117671 |
| CORREO ELECTRONICO: | | | kg3029001@gmail.com | | | CELULAR: | 3138631043 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | SUBRED | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | LACTARIO OCCIDENTE DE KENNEDY | | | SEDE: | SUBRED |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10N07 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 918068834 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6886 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 2024-01-17 10:45:28.000 | NÚMERO DE CRP | 9205 | FECHA | 2024-01-17 10:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | |
| | | | | 2023-11-20 | | 2023-11-30 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $694,320 | | | |
| 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: | $1,556,720 |
| VALOR EJECUTADO | $694,320 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $694,320 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $862,400 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 45% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1019117671 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $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.

VIVIANA TEJERA PALACIO
22583125
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 ) APOYA ALA PREPARACION DE FORMULAS ARTIFICIALES , LAVADO DE MATERIAL PARA ESTERILIZACION ROTULADO PARA ESTERILIZACION . | 1 ) APOYA ALA PREPARACION DE FORMULAS ARTIFICIALES , LAVADO DE MATERIAL PARA ESTERILIZACION ROTULADO PARA ESTERILIZACION . | n/a |
| 2 ) REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA ASIGNADAS POR EL PROFECIONAL,DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DEL SERVISIO. | 2 ) REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA ASIGNADAS POR EL PROFECIONAL,DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DEL SERVISIO. | n/a |
| 3 )RETROALIMENTAR AL SUPERVISOR DIFICULTADES DEL PROCESO DE ATENCION . | 3 )RETROALIMENTAR AL SUPERVISOR DIFICULTADES DEL PROCESO DE ATENCION . | n/a |
| 4 ) ASESORAR AL PACIENTE Y ALA FAMILIA SOBRE EL PLAN DE CUIDADOS EN CASA, GARANTIZAR LA COMPRESION DE LAS ORDENES MEDICAS Y DAR CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO . | ) ASESORAR AL PACIENTE Y ALA FAMILIA SOBRE EL PLAN DE CUIDADOS EN CASA, GARANTIZAR LA COMPRESION DE LAS ORDENES MEDICAS Y DAR CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO . | n/a |
| 5 )APLICAR LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD , SALUD OCUPACIONAL ,GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD . | 5 )APLICAR LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD , SALUD OCUPACIONAL ,GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD . | n/a |
| 6 ) BRINDAR ORIENTACION ALOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES CON RELACION ASUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE ACUERDO CON LAS POLITICAS INSTITUCIONELES Y LAS NORMAS VIGENTES .) | ) BRINDAR ORIENTACION ALOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES CON RELACION ASUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE ACUERDO CON LAS POLITICAS INSTITUCIONELES Y LAS NORMAS VIGENTES .) | n/a |
| 7) REGISTRAR LOS DIFERENTES REPORTES Y LIBROS PROPIOS DEL SERVICIO . | 7) REGISTRAR LOS DIFERENTES REPORTES Y LIBROS PROPIOS DEL SERVICIO . | n/a |
| 8 )DIGILENCIAR DOCUMENTOS PARA FACTURACION ,ESTADISTICA , LIBROS DE REGISTRO ,EN FORMA LEGIBLE . | )DIGILENCIAR DOCUMENTOS PARA FACTURACION ,ESTADISTICA , LIBROS DE REGISTRO ,EN FORMA LEGIBLE . | n/a |
| 9 ) APOYAR EL CUMPLIMIENTODE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN , REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED. | ) APOYAR EL CUMPLIMIENTODE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN , REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED. | n/a |
| 10 ) ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO . | ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO . | n/a |
| 11 ) RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADESASIGNADAS Y ENTREGARLOS ALA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACION DEL CONTRATO . | RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADESASIGNADAS Y ENTREGARLOS ALA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACION DEL CONTRATO . | n/a |
| 12 ) PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION , INDUCCION , REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA COVOCADO . | PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION , INDUCCION , REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA COVOCADO . | n/a |
| 13 ) NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. | NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO | n/a |
| 14 ) CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED , ADEMAS DE APOYAR LA IMPLANTACION DE LOS MISMOS . | CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED , ADEMAS DE APOYAR LA IMPLANTACION DE LOS MISMOS | n/a |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 15 ) APOYAR ALA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTUCIONELES Y EXTRA INSTITUCIONALES . | ) APOYAR ALA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTUCIONELES Y EXTRA INSTITUCIONALES . | n/a |
| 16 ) REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACION DEL SERVICIO , DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA SUBRED . | REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACION DEL SERVICIO , DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA SUBRED . | n/a |
| 17 )ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACION Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ,PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE | ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACION Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ,PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE | n/a |
| 18 ) REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO . | REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO . | n/a |

VIVIANA TEJERA PALACIO
22583125
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