| 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: | LADY VIVIANA HERNANDEZ MORA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1073679445 | |
| CORREO ELECTRONICO: | vivishernandez2007@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3214624099 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U. ESP UNIDAD RENAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10J17 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 52569174317 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4030 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 2024-01-17 10:45:28.000 | NÚMERO DE CRP | 7227 | FECHA | 2024-01-17 10:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-08-01 | | 2023-08-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,272,320 | | | | | | |
| 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: | $14,951,024 |
| VALOR EJECUTADO | $14,951,024 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,272,320 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27061369 | $908,928 | $113,616 | $145,428 | 3 | $22,141 | $281,186 |

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

LUDY ANDREA CUBILLOS MORA
52465298
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. Ejecutar con criterio todas las acciones encaminadas a la prestacion integral del paciente en terapia de reemplazo renal. 2. Realizar procedimientos dentro de la sala de hemodialisis con adherencia a los protocolos de la unidad renal. | 1. Porta uniforme y elementos nesesarios para el cumplimiento de las actividades dentro de la sala de hemodialsis.2.Realiza toma de signos vitales en cada sesion de hemodialsiis. 3. Dispensa acido y bicarbonato .4. Programa maquina de hemodialisis segun prescripcion medica. 5.Asiste conexion y desconexion de acceso vascular segun protocolo . | 1.Historia Clinica 2. Registros con firma y sello-2. Adeherencia a protocolos . |
| 1. Relaciones interpersonales, trabajo en equipo y trato humanizazo, comunicación acertiva. | 1. Manteniene trato cordial y humanizado con los pacientes en programa de hemodialisis. 2. Mantiene relaciones interpersonales y trabajo en equipo | 1. Lista de verificacion |
| 1. Manejo , uso de recursos fisicos , insumos equipos, e identificacion. | 1. Diligencia formato de huellas al paciente renal. 2. Vigila sesion de hemodialisis durante las cuatro horas 3. Lleva el stop diario de medicamentos dentro de la sala de hemodilaisis. 4. Asiste toma muestras para laboratorio mensuales , segun protocolo. 5. Asiste a la enfermera en atencion de complicaciones propias de la terapia | 1. Inventarios , Registros . |
| Entrega de reporte indicadores de calidad. | 1. Monta maquinas de hemodialisis por consolidado de la sala de hemodialsiis según revista medica especializada. 2. Dilaiza paciente en unidad de cuidados intensivos según prescripcion medica. 4. Reporta eventos adversos a la jefe de sala en el mismo dia que se presente | 1. formatos establecidos para reporte de informacion . |
| 1. Verificar actividades propias del servicio para bienestar del paciente. | 1. Organiza pedido de insumos para cada terapia de hemodialsiis, según parametros establecidos por el especialista. 2. Realiza kit de hemodialsiis 3.Diligencia hoja de sesion de hemodialsiis . 4. Realiza lavado de manos 5. Realiza inventarios en cada turno 6. Vela por los insumos e inmuebles de la unidad renal | 1. Consolidados diarios |
| 1. Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad . | 1.Realiza limpieza y desinfeccion de la sala de hemodialisis. 2. Realiza limpieza y desinfeccion de la maquina de hemodialisis. 3. Utiliza elementos de bioseguridad para cada procedimiento. 4. Realiza desinfeccion terminal de la sala de hemodialsiis y dialisis peritoneal segun cronograma . | 1. Cronograma de desinfecciones .2. Formato de adherncia (Lista de chequeo) |
| 1. Educacion clinica e investigacion permanente. | 1. Asistir a las capacitaciones programadas por la institucion en el servicio. | 1. Formato de capacitacion |

Copia Control
Subred Suroriente

LUDY ANDREA CUBILLOS MORA
52465298
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

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1073679445 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Período pensión:** | 2023-06 | 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | 0 | 185.600 | 0 | 185.600 |
| **Período salud:** | 2023-06 | EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | 0 | 145.000 | 0 | 145.000 |
| **Planilla Nro.:** | 26706912 Tipo I | 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | 0 | 28.300 | 0 | 28.300 |
| **Clase de aportante:** | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Fecha transacción:** | 2023-07-11 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Banco:** | BANCOLOMBIA | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Transacción:** | 41346509 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | **GRAN TOTAL** | | | | | $ 358.900 |

PAGADO

DOCUMENTO EQUIVALENTE # 5/5
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E. S .E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
LADY VIVIANA HERNANDEZ MORA

**CC 1.073.679.445 DE BOGOTA**

La suma de $ 2.272.320 ( dos millones docientos setenta y dos mil trecientos veinte pesos) por concepto auxiliar de enfermeria Unidad Renal durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios
# 4030-2023

Lady Viviana Hernandez M

**LADY VIVIANA HERNANDEZ MORA**
CC 1.073.679.445 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

- 52569174317