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:	CAMILO RAMIREZ GUZMAN						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	12207269	
CORREO ELECTRONICO:	crg1569@gmail.com				CELULAR:	3504459463	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10B01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	840075920					PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	4530			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	328	FECHA	2024-01-20 16:49:01.000	NÚMERO DE CRP	16816	FECHA	2024-02-12 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-02-12		2024-02-29		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,807,104				
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	$9,803,539
VALOR EJECUTADO	$1,807,104
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,807,104
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,996,435
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	18%

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
9463198336-9462947674-94628654	$1,445,683	$180,710	$231,309	3	$35,217	$447,237

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO
52099480
Supervisor

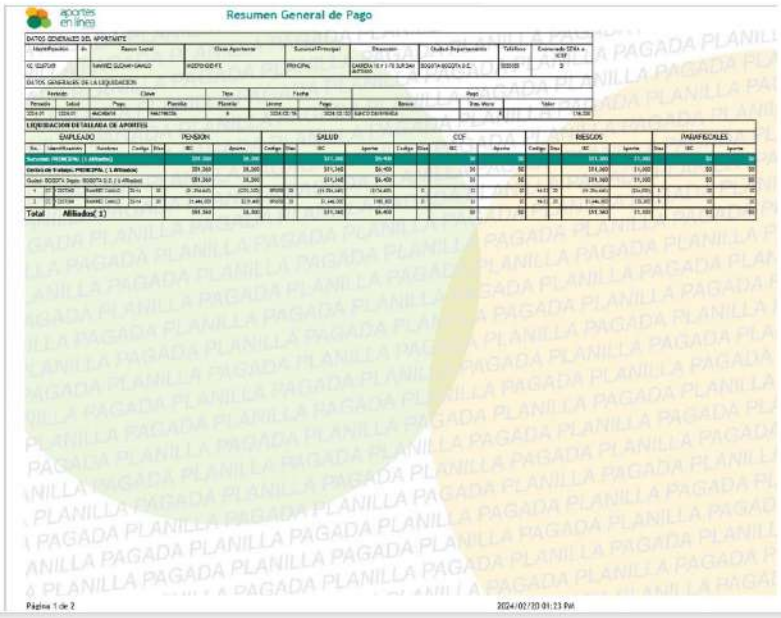
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

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
1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar. -2. Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería. -3. Realizar procedimientos especiales - 4.Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el médico tratante. Usuario -5.Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio. -6.Preparar y administrar, mezclas, diluciones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas. -7.Revisar Historias Clínicas, actualizar Kárdex, tarjetas de droga, S/normas Institucionales. -8.Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 9. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades -10. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. -11. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 12. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Revisar Historia Clinica,Actualizar,Kardex y Tarjata de medicamentos, Registra plan de cuidado 3-Supervisar y firmar las notas de enfermeria al personal a cargo	1-Anecdotario 2-Historias Clinicas Revisadas. 3-Registro de enfermeria con firma
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES. 14. Cotejar las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo. -15.Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente. -16.Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. -17.Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. -18.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción , destrucción, ocultamiento o utilización indebida.	1-Realizar los procedimientos de enfermeria asignados al profesional 2-Realizar dos auditorias mensuales de registros de enfermeria	1-Bitacora 2-Lista medicion de adherencia
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 19. Recibir y entregar turno, obteniendo y dando la información detallada sobre la actividad desarrollada con cada uno de los pacientes.	1-Realizar recibo y entrega de turno según procedimiento institucional 2-Realizar asignaciones del recurso humano que se tiene a cargo	1-Libro de recibo y entrega de turno 2-Formato de asignacion de actividades
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 20. Atender las necesidades del equipo de trabajo. - 21.Velar por el correcto desarrollo de		



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

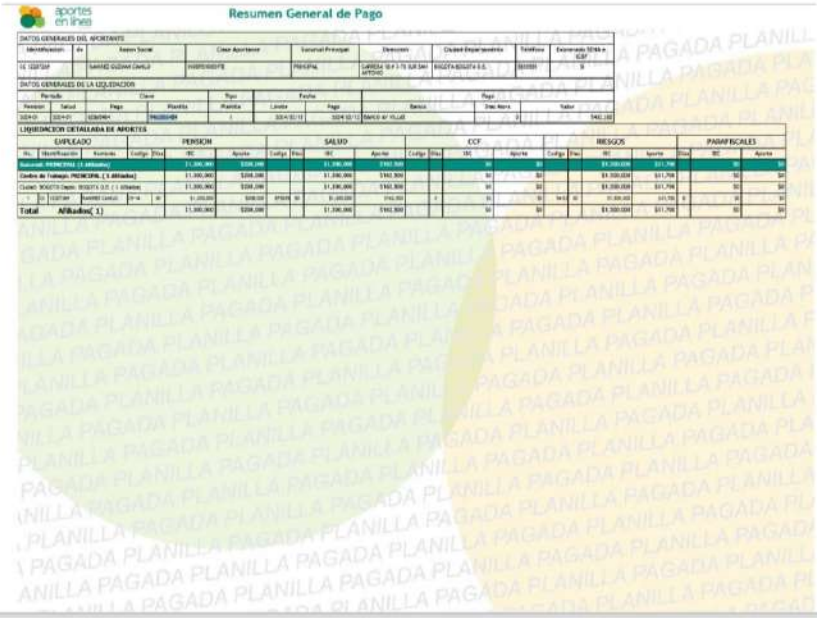
Identificación	Dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020724		NAHIRE GUZMAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 15 # 1 - 75 SUR 340 APTO 605	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3203555	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	46438474	1467742256	N	2024-02-16	2024-02-02	BANCO DAVIVIENDA	0	174,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					331,260	39,200			331,260	$4,408		30	30				331,260	31,300		30	30
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					331,260	39,200			331,260	$4,408		30	30				331,260	31,300		30	30
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					331,260	39,200			331,260	$4,408		30	30				331,260	31,300		30	30
1	CC	1020724	NAHIRE CAMILO	20-1	30	39,354,645	2251,335	6P0000	30	(31,354,645)	3154,645	0	30	30	14.35	30	39,354,645	2254,335	1	30	30
2	CC	1020724	NAHIRE CAMILO	20-1	30	31,446,333	2211,433	6P0000	30	31,446,333	1981,833	0	30	30	14.35	30	31,446,333	1211,433	1	30	30
Total Afiliados(2)						331,260	39,200			331,260	$4,408		30	30			331,260	31,300		30	30



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

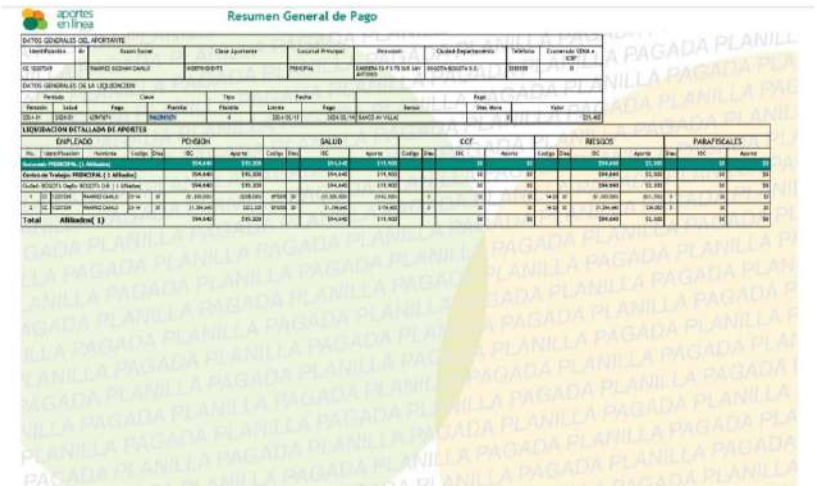
Identificación	Dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020724		NAHIRE GUZMAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 15 # 1 - 75 SUR 340 APTO 605	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3203555	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	46438474	1467742256	N	2024-02-15	2024-02-14	BANCO AV VILLAS	0	1,540,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					11,300,000	$200,200			11,300,000	$160,300		30	30				$1,300,020	$11,700		30	30
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					11,300,000	$200,200			11,300,000	$160,300		30	30				$1,300,020	$11,700		30	30
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					11,300,000	$200,200			11,300,000	$160,300		30	30				$1,300,020	$11,700		30	30
1	CC	1020724	NAHIRE CAMILO	20-1	30	$200,200	6P0000	30	(11,300,000)	(160,300)	0	30	30	14.35	30	30	$1,300,020	$11,700	1	30	30
Total Afiliados(1)					11,300,000	$200,200			11,300,000	$160,300		30	30				$1,300,020	$11,700		30	30



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020724		NAHIRE GUZMAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 15 # 1 - 75 SUR 340 APTO 605	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3203555	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	46438474	1467742256	N	2024-02-15	2024-02-14	BANCO AV VILLAS	0	231,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					594,640	$93,200			594,640	$119,500		30	30				$94,640	$1,500		30	30
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					594,640	$93,200			594,640	$119,500		30	30				$94,640	$1,500		30	30
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					594,640	$93,200			594,640	$119,500		30	30				$94,640	$1,500		30	30
1	CC	1020724	NAHIRE CAMILO	20-1	30	$200,200	6P0000	30	(11,300,000)	(160,300)	0	30	30	14.35	30	30	$1,300,020	$11,700	1	30	30
2	CC	1020724	NAHIRE CAMILO	20-1	30	31,294,645	2211,335	6P0000	30	31,294,645	1754,645	0	30	30	14.35	30	31,294,645	1254,335	1	30	30
Total Afiliados(1)					594,640	$93,200			594,640	$119,500		30	30				$94,640	$1,500		30	30

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CAMILO RAMIREZ GUZMAN

CC. 12.207.269 DE BOGOTA

LA SUMA DE $ 1´807.104 POR CONCEPTO DE: PRESTAR SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL COMO ENFERMERO PROFESIONAL DENTRO DE LOS PROCESOS DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, DURANTE EL PERIODO DEL 12 AL 29 DE FEBRERO DE 2024, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 4530-2024.



Nombre del contratista

CAMILO RAMIREZ GUZMAN

CC. 12.207.269 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 8400753920