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:	AURA CRISTINA CUADROS URIBE								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1233508918			
CORREO ELECTRONICO:	auracuadros20@gmail.com				CELULAR:	3145941793			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D RADIOLÓGICA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE10L02	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488443575763						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4992			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1134	FECHA	2024-04-25 17:06:55.000	NÚMERO DE CRP	28066	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL 2024-04-01	HASTA	FECHA FINAL 2024-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,893,600				
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:	$3,130,752
VALOR EJECUTADO	$2,524,800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,893,600
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$605,952
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	81%

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
8376271724	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ROSSI LEONOR GONZÁLEZ GONZÁLEZ
52832990
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
Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades	cumplo con el porte de los elementos de los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades	preparé los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades
Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento	Preparo oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento	Preparé oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento
Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.	Ejecuto cada actividad según corresponda	cumpli con mis actividades de enfermería de forma responsable según necesidades y prioridades del paciente.
Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada.	realizo mis actividades y procedimientos con una técnica adecuada	realice mis procedimientos, siguiendo los protocolos.
Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma.	arreglo ,limpio y organizo la unidad.	firmo acta de limpieza y desinfección.
Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales.	preparo y colaboro a los pacientes, para la realización de sus exámenes	realice mi registro de notas de enfermería con cada actividad.
Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.-	asisto de manera oportuna y eficaz al paciente según cada necesidad	desarrolle notas de enfermería en la aplicación de dinámica, por procedimientos realizados con el paciente
Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados.	No aplica para el servicio	No aplica para el servicio
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.	Realice personalmente las actividades para las cuales fui contratada y respondo por el ejercicio de las actividades delegadas	libro de entrega de turno y/o actas
Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	Dedico la totalidad del tiempo para el cumplimiento de mis actividades	libro de recibido y entrega de turno
Recibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografia).	recibo y entrego turno con la información detallada del servicio a cargo	libro de recibido y entrega de turno
Atender las necesidades del equipo de trabajo.	Atiendo las necesidades del equipo de trabajo.	soy eficiente y eficaz
Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.	se explica los procedimientos a realizar al paciente y/o a la familia.	acta de consentimiento informado
Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.	Respeto los derechos del paciente y cumplo con el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes como servidor en el área de la salud	actas de acreditacion
Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.	Trato con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas de mi alrededor	Trato con respeto a las personas de mi alrededor
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.	Cumplo con las disposiciones que el líder adopte	firma de actas de compromiso
Aplicar los principios de técnica aséptica.	Aplicar los principios de técnica aséptica.	carpeta de control de desinfección y limpieza.
Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.	Aplico las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.	carpeta de control de desinfección y limpieza.
Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	cumplo con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional Institucional	Aplicativo almera
Vigilar e informar faltantes del inventario.	Vigilo e informo faltantes del inventario.	libro de registro de inventario
Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.	mantengo el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.	control de desinfeccion y limpieza de equipos.
Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	Hago uso adecuado y racional en equipos y elementos utilizados de la Institución para el desarrollo de mi actividades contractuales	libro de control
Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.	Porto el Carnet de la institución durante la prestación de servicio	Porté el Carnet durante el desarrollo de mis actividades
Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.	salvaguardo todos los elementos dejados a mi cargo	libro de entrega de turno
Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.	gestiono de acuerdo a lo establecido las novedades	informo cualquier novedad a mi jefe inmediato
Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan..	vigilo y suministro los insumos necesarios para el desarrollo de todas las actividades en la institución	libro de entrega y recibo de turno/ libro de insumos

Copia Certificado Subred Sur Occidente

ROSSI LEONOR GONZÁLEZ GONZÁLEZ
52832990
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

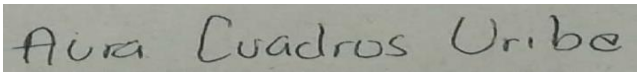
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

AURA CRISTINA CUADROS URIBE
C.C 1.233.508.918 DE BOGOTA D.C

La suma de $1.956.720 (UN MILLON, NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL, SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE.), por concepto de prestación de servicios como auxiliar de enfermería para complementarios en imagenología en la unidad app BOSA, durante el periodo de 01 al 31 de MAYO DE 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4992-2024.



AURA CRISTINA CUADROS URIBE
Nombre de contratista

C.C 1.233.508.918 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

Numero 550488443575763

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233508918	AURA CRISTINA CUADROS URIBE	Cl 8 c 92 72	3145941793	auracuadros20@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	76506504	$403.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	3	400	0	162.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	3	600	0	208.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	3	100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.900
Pensión	1	208.000	208.600
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	403.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233508918	AURA CRISTINA CUADROS URIBE	Cl 8 c 92 72	3145941793	auracuadros20@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	76506504	$403.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1233508918	CUADROS URIBE AURA CRISTINA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información