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:	Aida Fernanda Hernández Galiano						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1065891747	
CORREO ELECTRONICO:	Hernandezfernanda01@gmail.com				CELULAR:	3126282660	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OTROS ENFERMERIA VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35N04	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24110080257				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2638			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1134	FECHA	2024-04-25 17:06:55.000	NÚMERO DE CRP	26100	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-04-01		2024-04-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,746,912						
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:	$5,240,736
VALOR EJECUTADO	$4,970,736
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,746,912
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$270,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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
9464810254	$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.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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
Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardiocerebrovascular, ruta de cance	• Tener en cuenta la disponibilidad de las agendas de acuerdo a cada profesional y considerar los tiempos de atencion según requiera el usuario.	• ESTAR PENDIENTE DE LA AGENDA DEL PROFESIONAL QUE ME SEA ASIGNADO
Brindar informacion al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida	• Brindar un servicio en salud donde el usuario encuentre el apoyo oportuno para el respectivo mantenimiento de acuerdo a la ruta de pyd que pertenezca.	• BRINDAR INFORMACION SEGUN CICLO DE VIDA DEL USUARIO
Responder por lo inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este	• Participo en la elaboracion y dilingenciamiento de manera clara, completa y oportuna de los instrumentos que me sean encomendados para mi actividad	• FIRMA DE ACTA DE NETREGA DE INVENTARIO DEL CONSULTORIO
Diligenciamiento de matriz de sguimiento de gestantes de primera vez y controles,	• Realizar un seguimiento via telefonica para identificar correctamente una demanda inducida, teniendo en cuenta su diganostico por medio de historia clinica.	• REALIZO SEGUIMIENTO TELEFONICO Y REGSITRO EN LA BASE DADA PARA GARANTIZAR AVANCE D ELA MSIMA
Realizar seguimiento a pacientes del programa de cronicos de la unidad	• Garantizar avance significativo en la gestion de cada ruta de acuerdo a cada programa manejado en la sede.	• SEGUIMIENTO D ELA BASE DE SANITAS DADA PARA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDAD
Presentar al supervisor de la orden de prestacion de servicios de copias de los recibos de pago de los aportes a sistema de seguidad social integral de acuerdo con lo estabecido en el articulp50 de la ley 783 de 2002,	• Realizo pago mensual de los aportes requeridos, adjuntando planilla de pago como soporte ante el aplicativo.	• Registro en aplicativo SURESOC
Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales	• Según el resultados de los respectivos seguimientos telefonicos y en el sistema de informacion (Dinamica), se deja un registro con seguimiento efecto o no teniendo en cuenta el programa asignado	• RESGITRO EN BASE SOBRE LOS SEGUIMIENTOS REALIZADOS DIA DIA
Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta	• Realizar revision de consultorios a diario, verificar papeleria y verificar insumos para prestacion d ela consulta con cada paciente	• registro en carpeta de entrega de insumos y supervision d elos mismos
Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomedicos.	• Mantener los productos para su resptectiva limpieza y desinfeccion, tener en la unidad los insumos requeridos para el proceso de vacunacion	• Registro en formato d elimpieza y desinfeccion
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E	• Participo en las diferentes reuniones que sean asignadas por parte de lider inmediato	• actas reuniones, firmada en cada actividad
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred.	• La confidencialidad d ela historia clinica del suuario no divulgando a los demas ni a los colaboraodres como practica deld ecalago de humanizaicon	• RESPETO LA INFORMACION BRINDADA POR EL USUSARIO NO DIBULGANDOLA
Conocer y aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y especificos .	• Participo en la actualizacion de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo	• actas reuniones, firmada en cada actividad
Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez , seguridad, vocación de servicios , equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia , integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	• Liderar buenas practicas de comunicación para prestar una buena atencion con calidad, atencion humanizada haias los usuarios y en la articulacion con el equipo de trabajo (medicos y auxiliares).	• Articulacion con equipo de trabajo
Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en laSubred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.,	• Conozco y aplico las normas de bioseguridad, plan de gestacion ambiental y manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecucion de las actividades propias del objeto contraactual	• practicas seguras, politica de seguridad del usuaria, politica ambiental, clasificacion de residuos
Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	• Reporto de forma oportuna cuando evdiencio algun riesgo que púeda generar un evento adverso al usuario durante kla prestacion del servcio	• APLICATIVO SEGURIDAD AL PACIENTE
Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado.	• Identificar el tipo de atencion requerida de acuerdo a las actividades propias de consulta externa	• ASIGANCION DE CITAS SEGUN CICLO DE VIDA DEL PACINETE
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	• • Estar presto ante la necesidad de la unidad en el momento que se requiere apoyo de acuerdo al perfil contratado.	• Manual de funciones

Copia Controlada Subred Sur Occidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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:

AIDA FERNANDA HERNANDEZ GALIANO

C.C 1065891747 DE AGUACHICA

La suma de $ 995,552 (NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS) por concepto de: Honorarios durante el periodo de 01 al 16 de Mayo del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2638-2024.

Aida Fernanda Hernandez Galiano.

AIDA FERNANDA HERNANDEZ GALIANO

C.C 1065891747 DE AGUACHICA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 241100802

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065891747		HERNANDEZ GALIANO AIDA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 55 sur # 82 b-91	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3933870	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	630579972	9466214354	I	2024/05/14	2024/05/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$407,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$908,526	$5,500			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$908,526	$5,500			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$908,526	$5,500			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1065891747	HERNANDEZ AIDA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$908,526	$5,500	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$908,526	$5,500			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065891747		HERNANDEZ GALIANO AIDA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 55 sur # 82 b-91	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3933870	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	630579972	9466214354	I	2024/05/14	2024/05/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$407,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,500	$0	$0	$5,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$5,500	$0	$0	$5,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$407,700	$0	$0	$407,700