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:	Giovanny Enrique Hernández Parrado						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000121635	
CORREO ELECTRONICO:	giiohernandez11@gmail.com				CELULAR:	3197647874	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S CONVENIO MANZANA DEL CUIDADO USS 92 PATIOS				SEDE:	SUBRED	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%
	SU59V07-9	100

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24120909191			PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	4617			VIGENCIA			2024
NÚMERO DE CDP	1374	FECHA	2024-05-31 15:48:51.000	NÚMERO DE CRP	33085	FECHA	2024-05-31 21:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL	
		2024-05-01		2024-05-31	
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:	$1,746,912
VALOR EJECUTADO	$1,746,912
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,746,912
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
9466067671	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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 las actividades de auxiliar de enfermería asignadas en los consultorios ancia designados para el desarrollo del Convenio 0016-2023, conforme a lo establecido por los ineamientos, estandares y portafolio con criterios de veracidad, oportunidad y pertinencia segun parametros descritos del componentes cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Subred Sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	• Realizo actividad designada por líder de la unidad para garantizar la prestación del servicio	• Se evidencia en registro de historia clínica dinámica
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención.	• Informar al líder de la unidad sobre dificultades presentadas en la atención hacia el usuario	• Reporte oportuno
Asesorar y orientar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio de acuerdo a las diferentes rutas de atención.	• Se brinda asesoría al paciente y familiar sobre cuidados a tener en casa según su patología y ciclo de vida	• Se elabora plan de cuidados según ciclo de vida
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	• Aplico lineamientos de bioseguridad instaurados por la entidad	• Manual de bioseguridad
Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes	• Oriento al usuario y su familia sobre las órdenes dadas por el profesional y respectiva asignación	• Portafolio de servicios de la entidad
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio, acorde a los compromisos del plan de trabajo del convenio 0016-2023	• Realizar seguimiento a la base dada para el convenio según el ciclo de vida del usuario	• Entrega mensual de la base realizada durante el mes
Realizar seguimiento a la completitud de las agendas de enfermería y medicina general del consultorio de la manzana del cuidado Bosa Campo Verde	• Verificación de agenda diaria de los profesionales asignados al convenio	• Reportar el estado de las agendas al líder de la unidad
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred.	• Apoyo el cumplimiento de la norma del sistema obligatorio en salud interpuesto por la entidad	• Manual de funciones de la entidad
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	• Desarrollar informe de las actividades realizadas y la captación de los usuarios para el convenio	• Entrega de informe mensual, registro de la base de datos
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. dos a la pais ona e cargati en ca se o tormación del contre	• Velo respondo por los elementos entregados por la entidad para realizar la ejecución del contrato	• Acta de entrega de elementos
Participar en las joradas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	• Participo en las jornadas de capacitación inducción reuniones que me sean asignadas	• Acta de asistencia y firma de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	• Notifico las fallas que se evidencien para la prestación del servicio	• Aplicativo suceso de seguridad
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	• Conozco y aplico los procedimientos establecidos por la entidad	• Cumplo con las instrucciones implementadas por el líder de la unidad
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	• Apoyo a las actividades que sean designada según mi contrato	• Apoyo en la captación de la demanda inducida
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de segundad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	• Pago de planilla con afiliaciones a SALUD, PENSION, ARL	• Aplicativo SURESOC
Realzar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	• Estar disponible a las necesidades de la unidad	• Registro en historia clínica dinámica

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 Sur Occidente

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000121635		HERNANDEZ PARRADO GIOVANNY ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 62 sur #63c-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3197647874	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	699463316	9467535376	I	2024/06/12	2024/06/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Días	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	1000121635	HERNANDEZ PARRADO GIOVANNY ENRIQUE																		230301	30	EPSC34	30		0	14-23	30	0	No
Total	**Afiliados(1)**																												

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000121635		HERNANDEZ PARRADO GIOVANNY ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 62 sur #63c-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3197647874	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	699463316	9467535376	I	2024/06/12	2024/06/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$402,200

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
12 junio 2024 12:01 pm

DIRECCIÓN IP. 201.245.188.174

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4164321870723960

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
396065UX

NOMBRE DEL COMERCIO	APORTES EN LINEA
NIT DEL COMERCIO	9999001472382
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$402.200,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	9467535376
FECHA DE LA SOLICITUD	12 junio 2024
REFERENCIA 1	201.245.188.174
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1000121635
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	699463316
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	3
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de la Planilla de aportes con clave 9467535376
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******9191