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
		2024-02-16		2024-02-29
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$807,712		
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:	$4,309,050
VALOR EJECUTADO	$807,712
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$807,712
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,501,338
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	19%

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
1000121635	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero 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 desiganda por lider de la unidad para garantizar la prestacion del servcio	Se evidencia en resgitro de historia clincia dinamica
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención.	Informar al lider de la unidad sobre dificultades presentadas en la atencion 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 asesoria al paciente y familiar sobre cuidados a tener en casa según su patologia y ciclo de vida	Se elabora plan de ciudados según ciclo de vida
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	Aplico lineamientos de bioseguridad instaurados por la entidad	Manuela 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 suuario y su familia sobre las ordenes dadas por el profesional y respectiva asigancion	Portafolio de servcios 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 realizado 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	Verificacion de agenda diaria de los profesionales asigandos al convenio	Reportar el estado de las agendas al lider 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	Manuela de funciones d ela 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 captacion de los usuarios para el convenio	Entrega de informe mensual, regsitro d ela 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 al entidad para realizar la ejecucion del contrato	Acta de entrega de elementos
Participar en las joradas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participo en la jornadas de capacitacion induccion reuniones que me sean asigandas	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 prestacion 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 implemnetadas por el lider de la unidad
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoyo a las actividades que sean desginada según mi contrato	Apoyo en la capacion 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, PESNION, 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 clinica dinamica

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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

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
2024-02	2024-02	506491471	9463257017	I	2024/03/08	2024/03/11	NEQUI	3	$201,900

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	X																	230301	15	EPSC34	15		0	14-23	15	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
2024-02	2024-02	506491471	9463257017	I	2024/03/08	2024/03/11	NEQUI	3	$201,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$104,000	$300	$0	$104,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$104,000	$300	$0	$104,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,900	$100	$0	$16,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,900	$100	$0	$16,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$81,300	$300	$0	$81,600
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$81,300	$300	$0	$81,600
TOTAL				1	$201,200	$700	$0	$201,900