| 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: | ALEJANDRINA SUAREZ NIETO | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 35490841 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | asuarez.01235@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3112269214 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT ENFERMERIA PYD USS 17 TRINIDAD GALÁN | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | SU41A38 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7590387408 | | | | | | PENSIONADO | SI | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2604 | | | VIGENCIA | | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1356 | FECHA | 2024-05-30 10:50:48.000 | NÚMERO DE CRP | 31377 | 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: | | | $1,851,816 | | | | | |
| 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: | $7,407,264 |
| VALOR EJECUTADO | $7,407,264 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,851,816 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1062866422 | $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.

JUANITA BARRERA GARCIA
52503010
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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades a fines del perfil profesional conforme a lo establecido porloslineamientos, estandares y portafolio con criterios de veracidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componentes cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Subred Sir Occidente y la Secretaria Distritald e Salud | Si Cumplo a cabalidad con las actividades a fines del perfil profesional conforme a lo establecido porloslineamientos, estandares y portafolio con criterios de veracidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componentes cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Subred Sir Occidente y la Secretaria Distritald e Salud | Si Cumplo a cabalidad con las actividades a fines del perfil profesional conforme a lo establecido porloslineamientos, estandares y portafolio con criterios de veracidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componentes cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Subred Sir Occidente y la Secretaria Distritald e Salud |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la meta asignada para cubrir los eventos prevenibles por vacuna y diligenciamiento de los formatos establecidos segun norma | Se realizan las actividades que garanticen el cumplimiento de la meta asignada para cubrir los eventos prevenibles por vacuna y diligenciamiento de los formatos establecidos segun norma | Se realizan las actividades que garanticen el cumplimiento de la meta asignada para cubrir los eventos prevenibles por vacuna y diligenciamiento de los formatos establecidos segun norma |
| Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar. | se mantiene el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar. | Mantengo el área de trabajo en orden limpio . con el aislamiento de los insumos de actividades |
| Reazalizar actividades de auxiliar de enfermería intramural asignadas de acuerdo a las estrategías de los programas y planes de acción de la institución | Se realizan las actividades que garanticen el cumplimiento de la meta asignada para cubrir los eventos prevenibles por vacuna y diligenciamiento de los formatos establecidos segun norma | Se realizan las actividades que garanticen el cumplimiento de la meta asignada para cubrir los eventos prevenibles por vacuna y diligenciamiento de los formatos establecidos segun norma |
| Informar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalias en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia. | nformar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalias en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia. | nformar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalias en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia. |
| Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área, vigentes. | Se conoce y se realizan las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área, vigentes. | se da demanda inducida a los usuarios de los programas pyd de acuerdo a la edad |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los sotfware , instrumentos y formatos que le sean enconmendados, asi como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental. | diiligencia de manera clara, completa y oportuna, los sotfware , instrumentos y formatos que le sean enconmendados, asi como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental. | se diiligencia de manera clara, completa y oportuna, los sotfware , instrumentos y formatos que le sean enconmendados, asi como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental. |
| Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usurio de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida. | si cumplo con los cinco correctos,se informa al paciente la preparación que debe tener de acuerdo al procedimiento a realizar | si cumplo con los cinco correctos,se informa al paciente la preparación que debe tener de acuerdo al procedimiento a realizar |
| Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa. | Se realiza lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa. | Si realizo lectura e interpretacion del carnet de vacunas y se procede de acuerdo a la normatividad vigente del programa. |
| Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las actividades de la ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular al PIC y POS. | se realiza inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las actividades de la ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular al PIC y POS. | Si realizo inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las actividades de la ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular al PIC y POS. |
| Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud. | Se mantiene actitud amable, respetuosa, colaboradora con la comunidad y colaboradores de la institución | si mantengo actitud amable, respetuosa, colaboradora con la comunidad y colaboradores de la institución |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | Si asisto a las reuniones programadas por le E.S.E | Si asisto a las reuniones programadas, Ulc, Coves,,Capacitaciones,. |
| Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de laorden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital. | Si guardo absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de La orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital. | si cumplo con guardar reserva de la información. |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos del PAI. | se conoce y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos del PAI. | se conoce y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos del PAI. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

JUANITA BARRERA GARCIA
52503010
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**

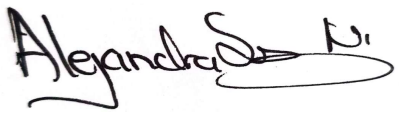
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ALEJANDRINA SUAREZ NIETO**

**C.C 35490841 DE BOGOTA**

La suma de UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE, ($ 1.851.816) por concepto de: Prestación de servicio como Auxiliar de enfermería en el área de Consulta Externa sede CAPS Trinidad Galán durante el periodo de 01 al 31 de Mayo 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2604 – 2024



**ALEJANDRINA SUAREZ NIETO**

**C.C. 35.490.841 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO** 7590387408

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-05-14, 11:43:36 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1062866422

**Periodo Cotización:** abril de 2024 **Periodo Servicio:** abril de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8848634050

**PAGADO 14/05/2024 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ALEJANDRINA SUAREZ NIETO | | |
| **Documento** | CC35490841 | **Dirección** | CALL 23 A 6 15 ESTE SANTA ELENA |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3112269214 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | SOACHA | **Departamento** | CUNDINAMARCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 35490841 | ALEJANDRINA SUAREZ NIETO | 59 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 0 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (EPS037) NUEVA EPS S.A. | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 194.200 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 194.200 | $ 800 | $ 195.000 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.