

					Versión		3					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación		2/15/2018					
					Código:		04-02-FO-0002					
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YARI PAHOLA NEUQUE URREA								
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		53134502			
CORREO ELECTRONICO:				yaripahola2010@hotmail.com				CELULAR:		3212774521		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL BOSA				SEDE:		SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%									
		BO37103	100									
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				550488442224561				PENSIONADO		NO		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO			2777			VIGENCIA			2024			
NÚMERO DE CDP		1356	FECHA	2024-05-30 10:50:48.000		NÚMERO DE CRP		31539	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:						\$2,659,920						
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:								\$11,637,240				
VALOR EJECUTADO								\$10,041,198				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$2,659,920				
VALOR A LIBERAR								\$0				
SALDO POR EJECUTAR								\$1,596,042				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								86%				
El intervisor 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			
1062879996		\$1,010,770	\$126,346		\$161,723		3	\$24,622	\$312,692			
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.												
Maritza Milena Mejia Lozano 52467645 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												

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.	Recibo y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.	ENTREGA DE TURNO
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	TRABAJO EN EQUIPO
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente	SEGUIMIENTO PACINETE ASISTENCIAL
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERA
Asesorar 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	Asesoro 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	CUANDO SE REQUIERA
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	CUANDO SE REQUIERA
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.	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes	SISTEMA INFORMATIVO
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	Registro los diferente repostes y libros propios del servicio	SISTEMA INFORMATIVO
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	SISTEMA INFORMATIVO
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SISTEMA DE INFORMACION
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	SISTEMA DE INFORMACION ALMERA Y EN LA INTRANET
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	LIBRO DE NOTIFICACION
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	PARTICIPACION ACTIVA
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos	Conosco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PARTICIPACION ACTIVA
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO LO REQUIERA
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	CUANDO LO REQUIERA

Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERA
<p>Maritza Milena Mejia Lozano 52467645 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>		
<p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

Copia Certificada
Subred Suroccidente



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-05-10, 10:10:21 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1062879996 Referencia pago(PIN) 8854277680

Periodo Cotización 202404 Periodo Servicio 202404

Cliente:

PAGADA 2024-05-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YARY PAHOLA NEUQUE URREA						
Documento	CC 53134502			Dirección	CALL 60 78 B 41		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3212774521		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53134502		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					NEUQUE URREA YARY PAHOLA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
															0				30	30	30	30	30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 26.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA
LASUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

YARIPAHOLANEUQUEURREA

C.C.53134502 DE BOGOTA

La suma de \$2.659.920 , por concepto de: prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la unidad de HOSPITAL 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 2777-2024



Nombre de contratista

YARIPAHOLANEUQUEURREA

C.C.53134502 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO AVVILLAS

NUMERO 46872540.

Inicio > Ver contrato

Datos guardados

Cancelar

Balanceo de la Evidencia Es total

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Potestable

Recapitula de anterior

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

SI

NO

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo
☐	cresta de enero_merged.pdf	cresta de enero_merged.pdf
☐	cresta de febrero_merged.pdf	cresta de febrero_merged.pdf
☐	cresta de marzo_merged.pdf	cresta de marzo_merged.pdf
☐	cresta de abril_merged.pdf	cresta de abril_merged.pdf

Cancelar

Ver contrato

Datos guardados

Cancelar

Balanceo de la Evidencia Es total

Ver contrato

Datos guardados

Cancelar

Balanceo de la Evidencia Es total

Ver contrato

Datos guardados

Cancelar

Balanceo de la Evidencia Es total

Herramienta Recortes

Captura de pantalla copiada en el Portapapeles y guardada