

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBEA:**

**JHON REYES**

**CC 1022926358 DE BOGOTÁ**

LA SUMA DE \$ 2.061.438 Dos millones sesenta y un mil cuatrocientos treinta y ocho pesos M/CTE) POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA USS KENNEDY EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN 5 PISO, COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO DEL 1 AL 31 de AGOSTO DEL 2024 DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2859-2024



**JHON REYES**  
**CC 1022926358 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS DE VIVIENDA NÚMERO**  
**462800009716**





|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                              |                            |                     |               |               |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>                                            |                   |                          |                                                              |                            | Versión             | 3             |               |  |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                              |                            | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |               |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                              |                            | Código:             | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                              |                            |                     |               |               |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | JHON REYES                                                   |                            |                     |               |               |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                          | X                          | C.E                 | No.           |               | 1022926358                                                                          |                            |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | JOANTOBA2009@HOTMAIL.COM                                     |                            |                     | CELULAR:      |               | 3142919215                                                                          |                            |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                              |                            |                     | SUBRED        |               |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA<br>USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                            |                     | SEDE:         |               | SUBRED                                                                              |                            |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                              |                            |                     |               |               |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10I06           | 100                      |                                                              |                            |                     |               |               |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                              |                            | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO        |                                                                                     |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 462800009716                                                 |                            |                     |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                              |                            |                     |               |               |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2859                     |                                                              |                            | VIGENCIA            |               |               | 2024                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 1742                     | FECHA                                                        | 2024-07-22<br>14:00:55.000 | NÚMERO DE CRP       |               | 46224         | FECHA                                                                               | 2024-07-31<br>16:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                              |                            |                     |               |               |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                        | FECHA INICIAL              |                     | HASTA         | FECHA FINAL   |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                              | 2024-07-01                 |                     |               | 2024-07-31    |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                              | \$2,061,438                |                     |               |               |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                              |                            |                     | \$10,994,336  |               |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                              |                            |                     | \$10,994,336  |               |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                              |                            |                     | \$2,061,438   |               |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                              |                            |                     | \$0           |               |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                              |                            |                     | \$0           |               |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                              |                            |                     | 100%          |               |                                                                                     |                            |
| 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 |                                                                                     |                            |
| 1065037932                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                |                                                              | \$145,364                  | 3                   | \$22,132      | \$281,062     |                                                                                     |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                                                              |                            |                     |               |               |                                                                                     |                            |
| DIANA CAROLINA MONTERO CORTES<br>1024465143<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                              |                            |                     |               |               |                                                                                     |                            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                            | PRODUCTOS                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ACTIVIDADES BÁSICAS:</b> 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades.-2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento.-3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.-4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada.-5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. -6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales.-7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulaci6n y traslados.-8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados. -9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados.-10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.</p> | <p>1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2- Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados. 3- Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnosticos 4- Asistir al paciente en sus actividades basicas</p> | <p>PRODUCTOS ENTREGADOS</p>                                                             |
| <p>" REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 11. Efectuar oportuna y claramente, registros de todos los cuidados de enfermería.-12.Registrar en Notas de Enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas. 13. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, escribiendo en las Notas de Enfermería su nombre claro y manteniendo identificadas las Historias Clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su nombre y sello.-14.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracci6n, destrucci6n, ocultamiento o utilizaci6n indebida. 15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades. "</p>                                                                                                                                               | <p>1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente</p>                                                                                                                                                                                                                 | <p>1-Lista de verificacion</p>                                                          |
| <p>RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 16. Recibir y entregar la informaci6n detallada de cada uno de los pacientes.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>1-Realizar recibo y entrega de turno</p>                                                                                                                                                                                                                                            | <p>1- Libro de recibo y entrega de turno con asignacion diaria</p>                      |
| <p>RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACI6N ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo.-18.Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.-19.Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalizaci6n.-20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relaci6n por raz6n de su cargo.-21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio</p>                                                                                                                                                                                                           | <p>1-Bitacora y/o lista de verificacion</p>                                             |
| <p>"EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 22. Aplicar los principios de técnica aséptica.-23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.-24. Cumplir con la presentaci6n del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecuci6n del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Instituci6n. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuaci6n del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento. "</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>1-Usa los elementos de proteccion personal 2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente</p>                                                                                                                                                           | <p>1-Anecdotario 2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion</p>                        |
| <p>MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: 25. Vigilar e informar faltantes del inventario.-26.Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.-27. Velar por la adecuada y racional utilizaci6n de los recursos de la Instituci6n y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.-28. Portar el Carnet de la instituci6n durante la prestaci6n de servicio según los parámetros de la instituci6n.-29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta funci6n. -30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicaci6n, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-31.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la informaci6n reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.</p>                                                                                                       | <p>1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato 2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados</p>                                                                                                                                                                     | <p>1-Libro de inventario 2-Registro del traslado de historias clinicas de la unidad</p> |
| <p>CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la instituci6n. 32. Participar enel diagnóstico de necesidades de capacitaci6n al interior de su área, para su posterior realizaci6n.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK</p>                                                                                                                                                                                                                            | <p>1-Formato de asistencia de capacitacion</p>                                          |

DIANA CAROLINA MONTERO CORTES  
1024465143  
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

PAGADA 12/08/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                               |                    |                      |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------|
| Razón Social        | JHON ALEXANDER REYES BARRAGAN |                    |                      |
| Documento           | CC1022926358                  | Dirección          | carrera 8a n 88 b 32 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                 | Teléfono           | 3142919215           |
| Tipo Persona        | NATURAL                       | Forma Presentación | ÚNICO                |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                   | Departamento       | BOGOTA D.C.          |
| Representante Legal |                               | Identificación     |                      |
| Total Afiliados     | 1                             | ARP                | ARL SURA             |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado |                               |                |                   | Novedades |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |          |                | Riesgos           |                |                | Cajas                   |              |           | Parafiscales |                |                |                      | Total       |             |             |      |                   |       |           |
|----------------|-------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------|----------------|-------------------|----------------|----------------|-------------------------|--------------|-----------|--------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|-----------|
| Identificación | Apellidos y Nombres           | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP       | Dias AFP | Dias EPS | Dias ARP | Dias 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 1022926358  | JHON ALEXANDER REYES BARRAGAN | 59             | 0                 |           |     |   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (230301) PORVENIR | \$1.300.000    | \$208.000      | (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   | \$402.200 |

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, licen-<br>cias,saldos a Favor) | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN<br>INTERESES DE MORA | TOTAL<br>INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------|
| \$1.300.000 | \$1.300.000 | \$1.300.000 | \$0       | \$208.000       | \$162.500     | \$31.700        | \$0           | \$0          | \$0          | \$0          | \$0                   | \$0                                            | \$0               | \$402.200                         | \$0                        | \$402.200   |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!