DOCUMENTOS EQUIVALENTE FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NOHORA HERCILIA CARANTÓN BERNAL
C.C 53103097 DE BOGOTÁ

La suma de $ 3.688.938 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como Terapeuta Respiratoria durante el periodo de 01 al 31 de julio de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5764-2024



NOHORA HERCILIA CARANTÓN BERNAL

C.C 53103097 DE BOGOTÁ CUENTA DE

AHORROS BANCO AV VILLAS

NUMERO 071949627

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53103097		CARANTON BERNAL NOHORA HERCILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	C LL 65 C #830- 63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4596714	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	777383218	9469937292	I	2024/07/23	2024/07/15	BANCO AV VILLAS	0	$104,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$336,000	$53,800			$336,000	$42,000			$0	$0			$336,000	$8,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$336,000	$53,800			$336,000	$42,000			$0	$0			$336,000	$8,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$336,000	$53,800			$336,000	$42,000			$0	$0			$336,000	$8,200		$0	$0
1	CC 53103097	CARANTON NOHORA	25-14	7	$336,000	$53,800	EPS002	7	$336,000	$42,000		0	$0	$0	14-11	7	$336,000	$8,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$336,000	$53,800			$336,000	$42,000			$0	$0			$336,000	$8,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53103097		CARANTON BERNAL NOHORA HERCILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	C LL 65 C #830- 63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4596714	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	777383218	9469937292	I	2024/07/23	2024/07/15	BANCO AV VILLAS	0	$104,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,800	$0	$0	$53,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$53,800	$0	$0	$53,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,200	$0	$0	$8,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,200	$0	$0	$8,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,000	$0	$0	$42,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$42,000	$0	$0	$42,000
TOTAL				1	$104,000	$0	$0	$104,000

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:	NOHORA HERCILIA CARANTON BERNAL						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53103097	
CORREO ELECTRONICO:	trespiratoriaumb@gmail.com				CELULAR:	3102052367	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	COLECTOR REHABILITACION HOSPITALARIA USS FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03H03	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO AV VILLAS S A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	71949627				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5764			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1742	FECHA	2024-07-22 14:00:55.000	NÚMERO DE CRP	48234	FECHA	2024-07-31 16:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL 2024-07-01	HASTA	FECHA FINAL 2024-07-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,688,938						
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:	$4,549,690
VALOR EJECUTADO	$4,521,924
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,688,938
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$27,766
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
9468708522	$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.

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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
1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. de los pacientes	Realizo consulta de atención y apoyo terapéutico, inhaloterapia, rehabilitación, ventilación mecánica, toma de muestras respiratorias, gases sanguíneos.	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos.
2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Realizo consulta de atención y apoyo terapéutico, inhaloterapia, rehabilitación, ventilación mecánica, toma de muestras respiratorias, gases sanguíneos.	Registro en Historia Clínica
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos	Diligencio Historia Clínica , explicación de procedimientos (Consentimiento informado).	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Realizo registros de actividades en Historia Clínica, comunicación equipo interdisciplinario, entrega de turno.	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos.
5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Realizo educación al paciente y/o familia.	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad
6) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Diligencio libros de registro y formatos de estadística –Informe de sala ERA – Envíos de correos con reportes.	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad
7) Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Participo en corversatorio de calidad, asegurate del mes y actividades de humanizacion. Participacion en auditorias de entrega de turno	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Realizo reportes de Sala ERA - Correos electrónicos con reportes – Toma de muestras respiratorias	Registros de sala ERA – Correos Electrónicos
9) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Ejecuto acciones preventivas- Plan de mejoramiento- Reportes de Seguridad del paciente- participación en Unidad de análisis temático de Rehabilitación y/o Terapia Respiratoria socialización sucesos de seguridad.	Reportes de seguridad del paciente- Planes de mejora – Listado de asistencia - Unidad de análisis temático del mes de julio 2024
10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Realizo educación al paciente y/o familia- Socialización de deberes y derechos.	Historia Clínica Dinámica.
11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad,oportunidad e integralidad.	Dilgencio registro de Historia clínica : EVCARD / HETR/ CSERA/ REGISTRO GASES/ Libros de Registro	Historia Clínica Dinámica. Libros de Registro
12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizo consulta de atención y apoyo Terapéutico	Historia Clínica Dinámica.
13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Realizo educación al paciente y/o familia- Socialización de deberes y derechos.	Historia Clínica Dinámica.
14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo. Participo en Unidad de análisis temático de Rehabilitación y/o Terapia Respiratoria.	Historia Clínica Dinámica- Almera – lista de asistencia Unidad de análisis temático de Rehabilitación del mes de julio 2024
15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Realizo registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad	Historia Clínica Dinámica.
16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Realizo registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad	Reporte de sucesos de seguridad
17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Realizo registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	NO APLICA	NO APLICA
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente	"Realizo registros de Historia Clínica Dinámica, aplicar procesos de Manual de calidad. "	Historia Clínica Dinámica –Almera
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Realizo registro en Historia Clínica. Libros de Registro Entrega de turno- Toma de muestras respiratorias – Extubaciones – Formatos de Trazabilidad ventiladores – Lista de chequeo- Limpieza y desinfección. Inventario, Stock	Historia Clínica Dinámica – Libros de registro y listas de chequeo Uci….
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Doy cuidado a los epp entregados por la institucion	Lista de chequeo- Limpieza y desinfección. Inventario, Stock

Copia Certificada Subred Sur Occidente

22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asisto a capacitaciones y reuniones convocadas.	Listados de asistencia asegúrate y conversatorio de calidad
23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Aplico guías de manejo, protocolos, procedimientos, listas de chequeo.	Historia Clínica Dinámica, Almera
24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Realizo entrega mensual con cuenta de cobro	Entrega de soporte de afiliacion a eps, arl, pensiones
25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo entrega mensual con cuenta de cobro	.

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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