| 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: | Neyis | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1052943577 | |
| CORREO ELECTRONICO: | neyisacostad2014@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3144821311 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K26 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4300188184 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1858 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2038 | FECHA | 2024-09-12 16:05:09.000 | NÚMERO DE CRP | 58498 | FECHA | 2024-09-13 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-08-01 | | 2024-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,460,374 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | 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: | $17,222,618 |
| VALOR EJECUTADO | $17,222,618 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,460,374 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1065125440 | $984,150 | $123,019 | $157,464 | 3 | $23,974 | $304,457 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
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 |
|---|---|---|
| Dar cumplimiento al Manual de Convivencia segun lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, específico para el PAI. | Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato | Manual de convivencia firmado como aceptación del mismo |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente. | Alistamiento de termos y paquetes fríos para la jornada diaria | Se realiza diario jornada mañana y tarde |
| 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 área de trabajo en condiciones óptimas para el desarrollo de las actividades | limpieza y desinfección del área de trabajo, de lavado de termos y sanitización |
| Realizar actividades de auxiliar de enfermería intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la Institución. | de acuerdo a la asignación por parte de los jefes inmediatos en este mes desarrolle actividades de vacunación en seguimientos en las diferentes localidades de la subred | Registro de SIS diarios de vacunación en cada uno de las estrategias |
| Informar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia. | al finalizar la actividad se hace verificación de los formatos e insumos diligenciados | Se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan anomalías |
| 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 realiza las actividades de vacunación según lineamientos de la secretaria de salud teniendo encuentra la población objeto PAI según los protocolos del área vigentes | Se realizó con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunación |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental. | Se diligencia de manera clara, concisa y veraz sin tachones ni enmendaduras | se entrega de manera clara, completa y oportuna cada uno de los soportes diarios SIS y KARDEX |
| Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE. | Se realiza educación y orientación al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad | Se realiza demanda inducida para cada uno de los usuarios en los temas de promoción y prevención |
| Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida. | Se realiza educación y orientación al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad | Se realiza educación y orientación al usuario en cuanto a las vacunas adecuadas para la edad |
| Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa. | Se maneja el manual de bioseguridad, los cinco correctos y se da educación a cada uno de los usuarios brindando una atención segura | Se maneja el manual de bioseguridad, los cinco correctos y se da educación a cada uno de los usuarios brindando una atención segura |
| Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución. | Se verifican datos para realizar el procedimiento y se ingresa al aplicativo pai | Diligenciamiento y entrega de carnet. Aplicativo pai |
| 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. | en el mes se aplican los siguientes biológicos ; pentavalente 10 , polio IM 25, polio O 28 , dpt 30 , rotavirus 15 , neumo decavalente 30 , triple viral 30 , hepatitis A 25 , varicelas 30 , influenza niños 10 , neumo 23 2 | se asiste a cada uno de los lugares programados según la estrategia de vacunación |
| Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial. | Mantengo buenas relaciones laborales con mis compañeros de trabajo y usuarios | Ninguna queja ni sugerencia de los jefes extramurales ni de los usuarios |
| Guardar 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. | En el mes se asiste a comité extramural | firma listado de asistencia |

Copia Cenly Cobro
Subred Suroccidente

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 08/2024

LASUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

NEYIS ACOSTA DOMINGUEZ

CC: 1052943577

DE MAGANGUE BOLIVAR

La suma de $2.460.374 Dos millones cuatrocientos sesenta mil trescientos setenta y cuatro pesos por concepto de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 01/08/2024 al 31/08/2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1858 -2024.

NEYIS ACOSTADOMINGUEZ
CC: 1052943577
DE MAGANGUE BOLIVAR

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NÚMERO:4300188184

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-15, 05:25:10 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1065125440

Periodo Cotización: julio de 2024 Periodo Servicio: julio de 2024 Referencia pago 8849910620

PAGADA 14/08/2024

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | NEYIS ACOSTA DOMINGUEZ | | |
| Documento | CC1052943577 | Dirección | CALLE 39C SUR 73F 53 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3229428915 |
| 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 | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | 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 1052943577 | NEYIS ACOSTA DOMINGUEZ | 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,licencias,saldos a Favor) | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL 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!