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:	flor salazar aguilar						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	35600594	
CORREO ELECTRONICO:	flornes@outlook.es				CELULAR:	3046137942	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT ENFERMERIA PYD HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62457313719				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6711			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2242	FECHA	2024-10-31 16:34:27.000	NÚMERO DE CRP	67474	FECHA	2024-10-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-10-01		2024-10-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,746,912						
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:	$4,541,971
VALOR EJECUTADO	$4,541,971
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,746,912
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
80990182	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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
Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardio cerebrovascular, ruta de cáncer, ruta de alteraciones nutricionales, ruta enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas	Realice seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardio cerebrovascular, ruta de cáncer, ruta de alteraciones nutricionales, ruta enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas	Seguimiento oportuno
Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida	Brinde información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida	Información oportuna
Realizar la notificación inmediata y semana de eventos de interés en salud pública con la debida precritica	Realice la notificación inmediata y semana de eventos de interés en salud pública con la debida precritica	Cuando sea necesario
Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo	Asisti a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo	cuando sea necesario
Responder por los inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este	Respondo por los inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este	Inventarios de consultorios a cargo
Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales	Verifique el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales	verificación de la agenda
Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta	Dote los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta	dotación de equipos, insumos y papeleria
Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos	Realice limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos	limpieza y desinfeccion y formatos diligenciados
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E	Asisti a reuniones programadas por la E.S.E	reuniones programadas
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred.	Guarde absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred.	Absoluta reserva
Conocer v aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos	aplique los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos	lineamientos para garantizar el cumplimiento
Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia	Di un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia	trato digno y cortes a los usuarios
Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	participe en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	adherencia de los procesos de habilitacion y/o acreditacion
Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	Reporte en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	reportes oportunos
Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado	participe activamente en la programación de actividades a las que sea convocado	programación de actividades
Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 783 de 2002	Presente al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido	planilla de pago
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realiace las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Demas actividades

Copia Certificado Subred Suroccidente

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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 FACTURAR
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
Flor Iris Salazar Aguilar
C.C 35.600.594 Quibdó Choco

La suma de un millón setecientos cuarenta y seis mil novecientos doce ($1.746.912) por concepto de: Auxiliar de Enfermería, durante el periodo de 01 al 30 de noviembre de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6711-2024 en el Hospital de Bosa.

Nombre de contratista
Flor Iris Salazar Aguilar
C.C 35.600.594 Quibdó Choco
Cuenta de ahorros Bancolombia
Numero 62457313719

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR
No. Identificación: CC35600594
Dirección: CALLE 53C SUR NO.87B- 46
Telefono: 7799800
Correo: flornes@outlook.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8381425249

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC35600594	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2024
Número de planilla	8381425249	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2024
Fecha pago	2024-11-14	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	41675304	**Total Pagado**	402200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8381425249

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31700	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35600594
APELLIDOS Y NOMBRES: FLOR IRIS SALAZAR AGUILAR

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí 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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados		

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >