**DUCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT :900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LENYS EDITH CORREDOR CHANTE**

**CC 1022355774 DE BOGOTA**

La suma de MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/C (1.956.720). Por concepto de: Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el servicio de UNIDAD DE RECIEN NACIDOS, durante el periodo de 01 al 31 de OCTUBRE del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N 3238-2024.



**LENYS EDITH CORREDOR CHANTE**

**CC 1022355774 DE BOGOTA**

**CUEBTA DE AHORROS FALABELLA**

**NUMERO 111200332055**

Scanned with CamScanner

11:38 ··· 57%
forms.office.com/pages/re 18

**La respuesta se ha enviado.**

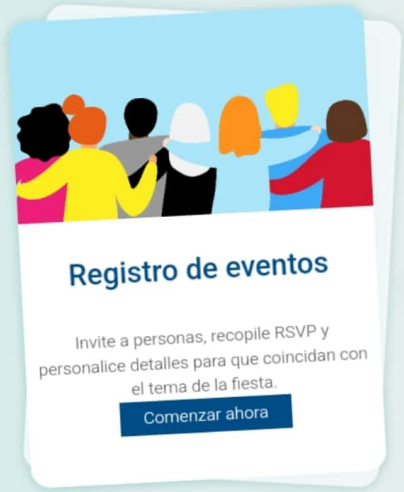
Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

Enviar otra respuesta

Microsoft Forms

**¡Prepárese para su propia invitación al evento!**




Comenzar ahora →

Microsoft 365

**Microsoft Forms** | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial. Crear mi propio formulario

Scanned with CamScanner

11:36 ··· 58%
forms.office.com/pages/re 18

# TEST ENCUENTRO DE APRENDIZAJE CONTINUO AUXILIARES DE ENFERMERIA SEPTIEMBRE 2024

Puntos: 8/8

1. NOMBRE COMPLETO *

Gilberto Gutierrez Guzmán

2. CEDULA *

93154293

3. DIRECCION *

- (●) HOSPITALARIO
- ( ) URGENCIAS
- ( ) COMPLEMENTARIOS
- ( ) AMBULATORIOS

Scanned with CamScanner

11:05 63%
forms.office.com/pages/re
15

Puntos: 8/8

1. NOMBRE COMPLETO *

Lenys edith corredor chante

2. CEDULA *

1022355774

3. DIRECCION *

- (●) HOSPITALARIO
- ( ) URGENCIAS
- ( ) COMPLEMENTARIOS
- ( ) AMBULATORIOS
- ( ) GESTION DEL RIESGO

4. **Seleccione la unidad de servicios o sede donde presta sus actividades** *

Scanned with CamScanner

11:01 64%
forms.office.com/pages/re

- [ ] c Agresividad
- [x] d Todas las anteriores

13. Los antecedentes familiares de alcoholismo o conductas agresivas son factores de riesgo demograficos
(1 Punto) *

- [ ] Falso
- [x] Verdadero

14. Son cuidados de enfermeria de la sujecion?
(1 Punto) *

- [x] a. Revisar los puntos de sujecion
- [ ] b. Monitorizar lo signos vitales
- [ ] c. Vigilar el Nivel de consciencia
- [ ] D. Todas las anteriores

Enviar

No revele nunca su contraseña. Notificar abuso

Scanned with CamScanner

11:00 · 65%
forms.office.com/pages/re 15

- [x] e. Todas son correctas.

11. Cuál es el sistema (aplicativo), donde se informa sobre las reacciones adversas a la transfusión a nivel nacional? (1 Punto) *

- [ ] A. SDS Secretaría Distrital de Salud
- [x] B. SIHEVI Sistema de información sobre Hemovigilancia
- [ ] C. INS Instituto Nacional de Salud
- [ ] D. SIBEHEM Sistema Iberoamericano de Hemovigilancia.

12. Los estados emocionales intensos que se presentan en la agitacion psicomotora son (1 Punto) *

- [ ] a Ansiedad
- [ ] b Irritabilidad
- [ ] c Agresividad
- [x] d Todas las anteriores

13. Los antecedentes familiares de alcoholismo o

Scanned with CamScanner

11:00 65%
forms.office.com/pages/re 15

10. En el envío de los componentes al servicio asistencial, el personal realiza chequeo cruzado verbal, donde se verifica lo siguiente: (1 Punto) *

- [ ] a. Identificación del paciente (nombre completo y cedula de ciudadanía).
- [ ] b. compatibilidad sanguínea con la hoja de control de transfusión y sello de calidad, fecha de vencimiento del hemocomponente , Grupo sanguíneo y Rh.
- [ ] c. Verificación física de la unidad (sellada y sin fugas y características físicas como libre de coágulos y de hemolisis.)
- [ ] d. Verificar el estado de refrigeración del hemocomponente mediante la observación del termómetro del contenedor de transporte, (si aplica.)
- [x] e. Todas son correctas.

11. Cuál es el sistema (aplicativo), donde se informa sobre las reacciones adversas a la transfusión a nivel nacional? (1 Punto) *

- [ ] A. SDS Secretaría Distrital de Salud
- [x] B. SIHEVI Sistema de información sobre Hemovigilancia

Scanned with CamScanner

11:00 65%
forms.office.com/pages/re
15

7. **An**tes de solicitar las unidades a transfundir, el equipo de enfermería debe verificar que el médico haya informado al paciente y/o familiar de los riesgos, complicaciones y que tenga firmado el consentimiento informado? (1 Punto) *

- ○ Falso
- ◉ Verdadero

8. La ficha de notificación de Reacciones Adversas a la Transfusión solo debe ser diligenciada cuando las reacciones son clasificadas como SEVERO, AMENAZA A LA VIDA O MUERTE? (1 Punto) *

- ○ Falso
- ◉ Verdadero

9. El /la referente de Hemovigilancia realiza clasificación y reporte de la reacción adversa en el aplicativo? (1 Punto) *

- ○ Falso
- ◉ Verdadero

Scanned with CamScanner

10:57 65%

EAC: Buenas prácticas de e... Teams • ahora
Se está compartiendo el contenido. Cambia a Te...

**La respuesta se ha enviado.**

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

Enviar otra respuesta

Microsoft Forms

**¡Prepárese para su propia invitación al evento!**




Comenzar ahora →

Microsoft 365

**Microsoft Forms** | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial. Crear mi propio formulario

Scanned with CamScanner

10:55 66%
forms.office.com/pages/re
14

**La respuesta se ha enviado.**

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

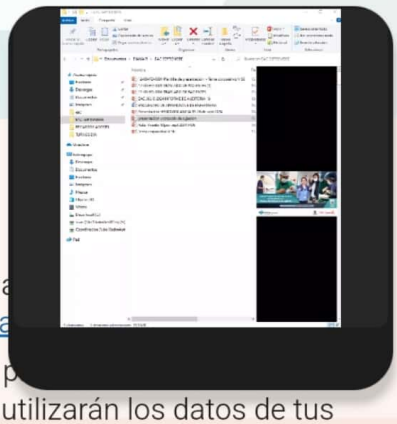
Enviar otra respuesta

Microsoft Forms

**¡Prepárese para su propia invitación al evento!**




Comenzar ahora →



Microsoft 365

**Microsoft Forms** | Encuestas, cuestiona
tecnología de inteligencia artificial Crea

El propietario de este formulario no ha p
declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus

Scanned with CamScanner

# RUTA ATENCIÓN PACIENTES PROBABLES DE MPOX

USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIOS PARA TODOS LOS USUARIOS Y EQUIPO DE SALUD

PUERTA DE ENTRADA URGENCIAS

INGRESO USUARIO

AUXILIAR GESTION RIESGO DE URGENCIAS

Identifica si usuario presenta: exantema en cualquier parte del cuerpo acompañado o no de fiebre, mialgia, cefalea, odinofagia o astenia.

**Criterios epidemiológicos:**
**Cumplir por lo menos uno en los últimos 21 dias:**

- **Contacto con caso confirmado Mpox**
- **Contacto estrecho, intimo o sexual con procedente exterior**
- **Nuevas o múltiples parejas sexuales**
- **Contacto con animales reservorio del virus**
- **Según criterio clínico del medico(clínico o epidemiológico es un caso probable**

EN TODAS LAS UNIDADES SE DEBE HACER DESINFECCIÓN TERMINAL DE LAS AREAS

NO

TRIAGE

CONTINUA MANEJO SEGÚN SU PATOLOGIA

SI

Donde se realizara Triage, atención medica, toma de muestras y aislamiento temporal

**CONSULTORIO MÉDICO EXCLUSIVO**

CUMPLE CRITERIOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLOGIOS.

NO

SI

**Toma de Muestras**

1.Hisopado exudado de vesículas o **Frotis de lesiones cutáneas o raspado o recolección de costras**

2. Hisopado orofaríngeo 3 o 4 dias después de inicio de lesiones o en la captación

3.Toma de muestras de diagnostico diferencial (según criterio medico).

**GESTANTES o NEONATOS H/ GESTANTES CONFIRMADOS Mpox :** Verificar criterios protocolo INS

**Uno caso probable debe cumplir criterios clínicos y epidemiológicos**

ACTIVAR A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

**FICHA DE NOTIFICACIÓN VIRUELA SÍMICA 880**

TRASLADO DE MUESTRAS A LABORATORIO DE LA UNIDAD

TIENE CRITERIOS PARA HOSPITALIZAR

SI

LA HOSPITALIZACIÓN SE DETERMINA SEGÚN CRITERIO DEL MÉDICO

AISLAMIENTO DE CONTACTO Y POR GOTAS

EGRESO

- Aplique la ruta sanitaria para evacuación de material utilizado.
- Acompañantes de menores o de pacientes que lo requieran deben estar: **protegidos con EPP.**

NO

AISLAMIENTO PREVENTIIVO OBLIGATORIO EN CASA .

SEGUIMIENTO DESDE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Scanned with CamScanner

# Alertas Epidemiológicas

OPS

Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas - 6 de septiembre del 2024




https://youtu.be/q_epN0Bl-oM?si=6T8xZcTsw-_zax96

Video de toma de muestras

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Alertas Epidemiológicas. Publicado en: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-mpox-region-americas-10-septiembre-2024

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

15

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Scanned with CamScanner

# Alertas Epidemiológicas



**Diagnóstico y laboratorio:** Detección de PCR para Mpox. **tomar directamente de erupción de piel ( liquido o costras) hisopados**. Si no hay lesión cutánea - realizar **hisopados orofaríngeos**

un resultado negativo no es suficiente para excluidos

OPS

Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas - 6 de septiembre del 2024

Zoonosis - Orthospoxvirus.

**Fase prodrómica:** fiebre, ganglios inflamados, cefalea, fatiga.
**Fase eruptiva:** manchas, granos, vesículas llenas de pus y costras (cara, manos y pies o en área genital

**Transmisión** - contacto directo persona infectada, vías respiratorias o indirecto con fluidos corporales u objetos. Viruela símica congénita - placenta. No hay evidencia se transmita por vía sexual.

https://youtu.be/q_epN0Bl-oM?si=6T8xZcTsw-_zax96

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Alertas Epidemiológicas. Publicado en:
https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-mpox-region-americas-10-septiembre-2024



Scanned with CamScanner

# TRASLADO DEL PACIENTE CRITICO

**Definir la necesidad de traslado.**
Médico

**Verificar preparación**
Enfermera
Auxiliar de enfermería

**Verificar identidad**
Enfermera

**Decidir el traslado**
Médico
Enfermera
Terapeuta

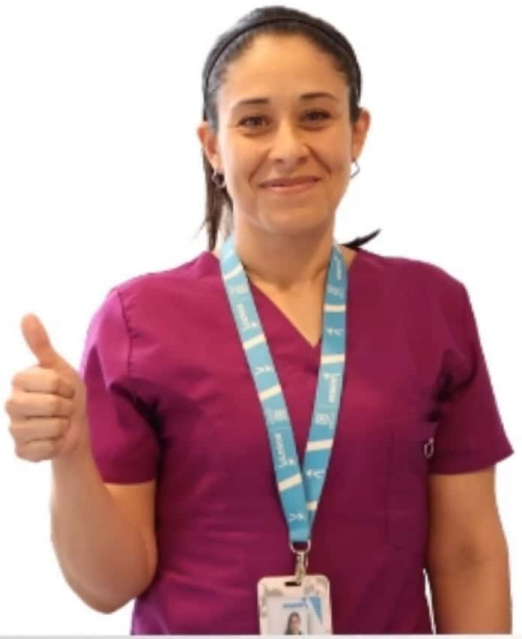
**Diligenciar consentimientos**
Medico especia.
Medico hosp

**Estabilizar paciente**
Medico especial.
Enfermera
Terapeuta

**Gestionar el traslado**
Médico
Enfermera
Camillero

**Establecer equipo H. que interviene**
Enfermera

**Alistar dispositivos médicos**
Auxiliar de enf.
Terapeuta
Enfermera



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

15

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Scanned with CamScanner

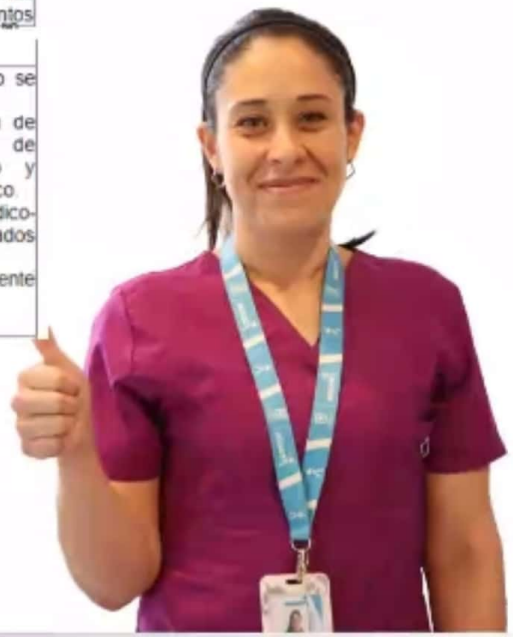
# DESCRIPCION DE LOS PASOS DE LA ACTIVIDAD



informar inmediatamente a la enfermera encargada del traslado del paciente con el fin de dar solución a la situación presentada.

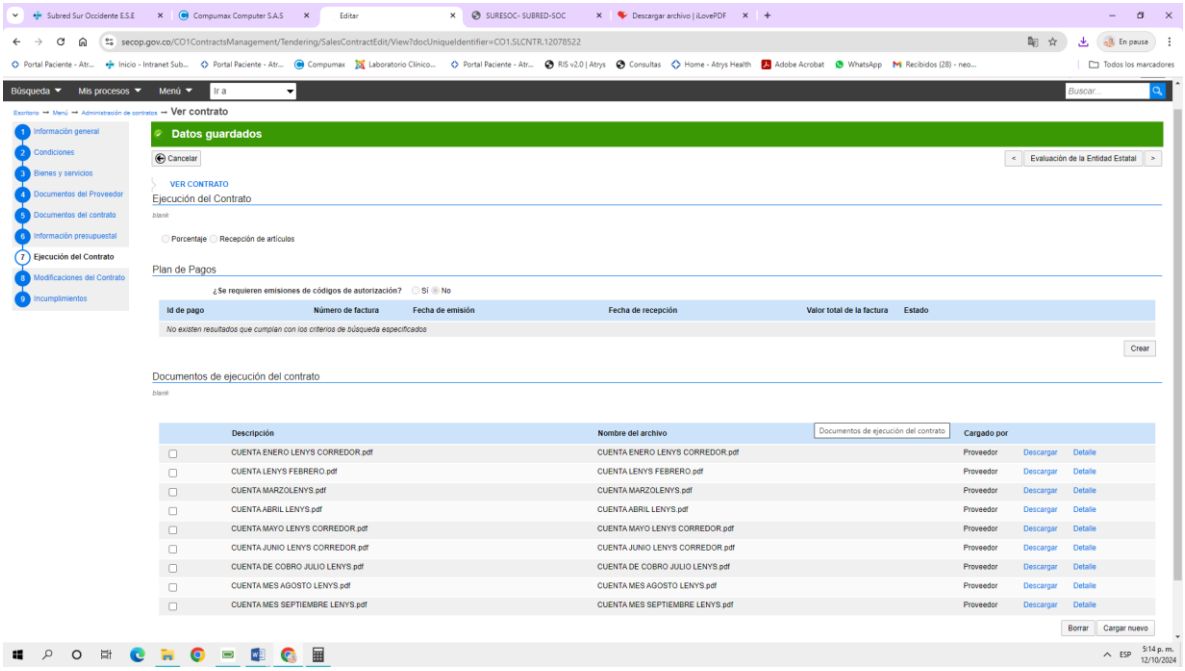
**3.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PASOS DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR**

| No | Pasos a realizar | Quien lo debe hacer | Como lo debe hacer |
|---|---|---|---|
| 1 | Definir la necesidad del traslado | Enfermera Profesional | Definiendo la necesidad identificada: traslado a piso, medio de diagnóstico, traslado a salas de cirugía o partos, unidad renal. Traslado de paciente crítico. Recibe orden médica generada. |
| 2 | Establecer si el paciente es trasladable | Médico del área Enfermera Profesional | Estableciendo de acuerdo a la situación clínica del paciente si es trasladable o no al área definida. |
| 3 | Recibir orden médica del apoyo diagnóstico ordenado | Enfermera | Recibiendo la orden del paciente y verificandodatos con los del paciente y preparación para el examen. Si es traslado a piso o UCI confirme el número de cama asignada traslade la hoja de ruta al área de admisiones y solicite la hospitalización del paciente |
| 4 | Ubicar el camillero para traslado del paciente | Enfermera | Ubicando el camillero telefónicamente para el traslado del paciente |
| 5 | Gestionar la orden del paciente para su traslado | Camillero | Gestionando la orden del apoyo diagnóstico del paciente para su traslado autorizándola y facturándola. En caso de ser necesario solicitará cita para exámenes como TAC contrastados, endoscopias, colonoscopias o exámenes que requieran preparación. |
| 6 | Solicitar al camillero los elementos necesario para el traslado | Enfermera | Solicitando al camillero silla de ruedas, camilla, bala de oxigeno de transporte revisada (disponibilidad de oxigeno suficiente para el traslado según se requiera) |
| 7 | Trasladar paciente para examen o interconsulta | Camillero | Confirmando con las áreas de radiología, cardiología o consulta externa la hora en que se van a realizar los exámenes para trasladar el paciente oportunamente. Si el paciente se va a trasladar para interconsulta como |
| 8 | Alistar el paciente para traslado a áreas de hospitalización | Enfermera Profesional<br>Auxiliar de enfermería | Organizando el paciente que va trasladado a piso dejándolo en buenas condiciones de higiene, verificando el estado de la piel del paciente, alistando sus elementos de aseo personal y pertenencias (área COVID no se trasladan pertenencias)<br>Alistando hoja de ruta, óvalo, verificando manilla de identificación, consentimiento informado, tarjeta de medicamentos actualizada, kardex actualizado y electrocardiograma y gases arteriales en soporte físico.<br>Organizando medicamentos e insumos medico-quirúrgicos que requiere el paciente para ser entregados por el camillero al momento del traslado.<br>Realizando nota de enfermería de traslado del paciente al área de hospitalización. |





Scanned with CamScanner


Subred Sur Occidente E.S.E
Compumax Computer S.A.S
Editar
SURESOC- SUBRED-SOC
Descargar archivo | iLovePDF
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12078522
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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
Datos guardados
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
Documentos de ejecución del contrato
Cargado por
CUENTA ENERO LENYS CORREDOR.pdf
CUENTA LENYS FEBRERO.pdf
CUENTA MARZOLENYS.pdf
CUENTA ABRIL LENYS.pdf
CUENTA MAYO LENYS CORREDOR.pdf
CUENTA JUNIO LENYS CORREDOR.pdf
CUENTA DE COBRO JULIO LENYS.pdf
CUENTA MES AGOSTO LENYS.pdf
CUENTA MES SEPTIEMBRE LENYS.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
ESP
5:14 p. m.
12/10/2024

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
# DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1022355774 |
| NOMBRES | LENYS EDITH |
| APELLIDOS | CORREDOR CHANTE |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |
| MUNICIPIO | SOACHA |

### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS SURAMERICANA S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/01/2013 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 10/12/2024 17:27:25 | **Estación de** | 192.168.70.220 |

| | origen: |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2024-10-09, 11:11:46 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 73113401

**Periodo Cotización** 202409 **Periodo Servicio** 202409

**Cliente:**

## PAGADA 2024-10-09

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LENYS EDITH CORREDOR CHANTE | | | | |
| **Documento** | CC 1022355774 | **Dirección** | CL 12B #1 EST - 20 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3212764483 | | |
| **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 1022355774 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | CORREDOR CHANTE LENYS EDITH | 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 ARP | Días CCF | | | | | | | Código AFP | Código Trans. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Trans. 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 | 0 | | | $1.162.000 | 230301 | | 16 % | $1.300.000 | $208.000 | $ 0 | $0 | EPS010 | | 12,5 % | $1.300.000 | $162.500 | $0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $1.300.000 | $31.700 | NN-CC | 0% | $0 | $0 | 0 % | $0 | 0% | $0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SURA | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $208.000 | $0 | $0 | $162.500 | $31.700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $402.200 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Scanned with CamScanner

| 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: | Lenys Edith Corredor | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1022355774 | |
| CORREO ELECTRONICO: | emmaisa1009@gmail.com | | | | CELULAR: | 3212764483 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U. ESP UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS BASICO USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10J09 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO FALABELLA S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 111200332055 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3238 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2242 | FECHA | 2024-10-31 16:34:27.000 | NÚMERO DE CRP | 66093 | FECHA | 2024-10-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2024-10-01 | HASTA | FECHA FINAL 2024-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,956,720 | | | | |
| 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: | $21,145,200 |
| VALOR EJECUTADO | $19,188,480 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,956,720 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,956,720 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 91% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73113401 | $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.

DIANA RODRIGUEZ
52262971
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 |
|---|---|---|
| ACTIVIDADES BÁSICAS | REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES | |
| REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES | REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES | REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES |
| RECIBO Y ENTREGA DE TURNO | ACTIVIDADES BASICAS | RECIBO Y ENTREGA DE TURNO |
| ACTIVIDADES BÁSICAS | REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES | ACTIVIDADES BÁSICAS |
| REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES | REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES | REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES |
| RECIBO Y ENTREGA DE TURNO | REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES | REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES |

DIANA RODRIGUEZ
52262971
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 Controlada Subred Suroccidente