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:	carmen adriana pineda lozano						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52973300	
CORREO ELECTRONICO:	adrianapinedalozano@gmail.com				CELULAR:	3128067085	
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 DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	60338522				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5069			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2242	FECHA	2024-10-31 16:34:27.000	NÚMERO DE CRP	67172	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:			$1,514,880				
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:	$14,153,608
VALOR EJECUTADO	$11,614,080
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,514,880
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,539,528
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	82%

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
31071400	$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
1 Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.	Asegurar una transferencia de información completa y precisa en la entrega de turno, facilitando el seguimiento continuo del cuidado y tratamiento de los pacientes con un registro detallado y verificable de la evolución del paciente y las actividades de cuidado realizadas.	Informe de Cambio de Turno de Enfermería
2 Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio, Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente	Manejo integral al cuidado del paciente, acatando las indicaciones del profesional de Enfermeria siguiendo los protocolos y guias institucionales en pro del bienestar del paciente.	Registros de atención con pertinencia clínica del paciente en la Historia Clínica, de acuerdo a la evolución de cada uno.
3 Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Documentar de manera sistemática las dificultades encontradas en el proceso de atención y las acciones correctivas implementadas.	Informe de Retroalimentación del Proceso de Atención
4 Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	Proporcionar una información completa y accesible para el manejo del cuidado en casa. Asegurar la adherencia al plan de tratamiento y las órdenes médicas. Reducir la ansiedad y aumentar la confianza de los pacientes y sus familias en la gestión de su salud en el hogar.	Cummplimiendo del Manual de Cuidados en Casa para Pacientes y Familias
5 Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Garantizar la correcta aplicación de los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad. Asegurar el cumplimiento de las normativas y estándares de calidad en la atención sanitaria. Promover un ambiente de trabajo seguro y sostenible	Cumplimientos de guias y protocolos instituciones de Seguridad y Salud en el Trabajo.
6 Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes	Se Brinda información oportuna, eficiente y eficaz a los acompañantes del paciente que ingresan al Servicio y esta al cuidado del equipo	IntegralIdad en la información dada a los familiares de los pacientes a nuestro cuidado
7 Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio	Asegurar la correcta documentación de todas las actividades y eventos relevantes del servicio de salud. Facilitar el acceso y la consulta de registros importantes para la toma de decisiones y auditorías. Mejorar la calidad del servicio mediante una gestión eficiente de la información. Cumplir con las normativas y estándares de documentación del sector salud.	Registro en los libros o formatos de la gesion y seguimiento de la evolucion u procedimientos que se realizan a los pacientes para una completa documentacion de la historia clinica y asi faciliar la toma de conductas por parted el personal medico.
8 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	Elaboración de informe de actividades de los pacientes que ingresan al Servicio	Se entrega al Supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento
9 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	De acuerdo a las jormadas de capacitación requeridadas por la subred.	Asistencia a jornadas de capacitación
10 Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Se cumple lo estipulado con las actividades contractuales realizadas	Producto entregado y certificado a la prestación del servicio
11 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud. pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Cumpli con entregar la constancia de afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, con el que se ejecutara el contarto mensulamente.	Entrego planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado
12 Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Mantener en el desempeño de su cargo excelentes relaciones humanas, capacidad de trabajo en equipo	Receptividad al cambio y calidad en el servicio.

Copia Controlada Subred Sur Oriente

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CARMEN ADRIANA PINEDA LOZANO
C.C 52.973.300 DE BOGOTA D.C

La suma de $1.514.880 (UN MILLON, QUINIENTOS CATORCE MIL, OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE.), por concepto de prestación de servicios como auxiliar de enfermería en el área UNIDAD DE RECIEN NACIDOS de la unidad de Kennedy, durante el periodo de 01 al 31 de OCTUBRE DE 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5069-2024.

Carmen A Pineda.

CARMEN ADRIANA PINEDA LOZANO
Nombre de contratista

C.C 52.973.300 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

Numero 060338522

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	PINEDA LOZANO CARMEN ADRIANA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-52973300
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-10-21
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-52973300
NOMBRE EMPLEADO	CARMEN ADRIANA PINEDA LOZANO
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	31071400
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2024-09
PERÍODO SALUD	2024-09
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3861001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.300.000	0,1600000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.300.000	0,1250000	$ 162.500	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.300.000	0,0243600	$ 31.700	900959048

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 402.200