

					Versión		3		
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación		2/15/2018		
					Código:		04-02-FO-0002		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CHRISTIAN CAMILO HERNANDEZ MORALES					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1018444665
CORREO ELECTRONICO:				camihernandeztigo@gmail.com			CELULAR:		3222169688
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				U C S ATENCION DOMICILIARIA SALUD MENTAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE10V07-14	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550007100851034					PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		6264				VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP		2353	FECHA	2024-11-13 16:02:29.000		NÚMERO DE CRP		69506	FECHA 2024-11-15 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:				\$1,830,480					
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:						\$5,140,072			
VALOR EJECUTADO						\$4,544,640			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,830,480			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$595,432			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						88%			
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	
8632903079	\$908,526	\$113,566		\$145,364		4	\$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.									
Angely Boiles Caballis 1045709952 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									

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes, notificar novedades relacionadas	A. Recibir la móvil en óptimas condiciones dejando por escrito las novedades presentadas al momento.	B. Al no llegar a tiempo a mi cambio de turno no estaría presente para recibir las novedades presentadas durante el día en la móvil las cuales se deben subsanar en el tiempo de aprovisionamiento A. Asistir a las reuniones de actualización de documentación que requiere el programa de salud mental.
2). Participar en el desarrollo y actualización de documentos del programa de Salud Mental.	A. Asistir a las reuniones de actualización de documentación que requiere el programa de salud mental.	B. No estaría actualizado en la información de los nuevos documentos que se requieren.
"3). Apoyar el diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios del proceso de atención valoración, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, cadena de custodia formulas médicas , interconsultas, etc"	A. Ayudar con el diligenciamiento de las historias clínicas estar pendiente de llevar los formatos adecuados al momento de la atención.	A. Ayudar con el diligenciamiento de las historias clínicas estar pendiente de llevar los formatos adecuados al momento de la atención.
4). Aoyar la gestión del equipo de atención	A. Estar atento a cualquier necesidad o requerimiento de cualquier integrante del equipo de trabajo.	B. No se brindaría una atención oportuna.
"5). Realizar los procedimientos ordenados por el médico del equipo de salud mental o el médico regulador para la estabilización de pacientes, dentro de su núcleo de saber. Incluyendo la aplicación supervisada de medicamentos."	B. No se brindaría una atención oportuna.	B. Si no se actúa de manera adecuada se pondría en riesgo la salud integridad y seguridad del paciente.
"6). Estar atentos al cumplimiento de las órdenes operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Realizar los reportes radiales de información pertinente al paciente con propósitos de regulación médica y orientación de acciones a seguir y brindar información relevante de situaciones de emergencia y coordinación con el médico regulador, directivos del centro regulador"	A. Cumplir manejos y direccionamiento de acuerdo al médico regulador.	B. Generaría novedades administrativas y asistenciales por desacato a órdenes dadas por centro regulador.
"7) Desarrollar las actividades de acuerdo a la programación de actividades asignadas, según cronogramas previamente establecido, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas"	A. Cumplir debidamente con las actividades asignadas durante el turno laboral sin superar los tiempos establecidos.	B. Se perdería credibilidad institucional al no hacer uso adecuado del uniforme.
"8). Portar de manera decorosa las prendas institucionales junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente"	A. Portar adecuadamente las prendas institucionales y carnet de identificación Suministradas por la subred.	B. Se perdería credibilidad institucional al no hacer uso adecuado del uniforme.
"9). Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad, incluyendo la limpieza y desinfección del vehiculo"	A. Mantener el vehículo en óptimas condiciones para garantizar la seguridad de la tripulación y del paciente.	B. Se generarían multas y sanciones por no cumplir protocolos establecidos poniendo en riesgo al paciente.
"10). Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutividad en el programa de salud mental"	A. Asumir la responsabilidad que nos genere el incumplimiento de las glosas por no entregar documentación a tiempo.	B. Se generaría falencias financieras afectando la operatividad del programa.
<p style="text-align: center;">Angely Boiles Caballis 1045709952 Supervisor</p>		
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>		
<p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

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

DEBE A:
CHRISTIAN CAMILO HERNANDEZ MORALES
C.C 1.018.444.665

La suma de: (\$1.830.480) m/cte. por concepto de: Prestar servicios como auxiliar de enfermería en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional., durante el periodo del 1 al 31 de OCTUBRE 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6264-2024



CHRISTIAN CAMILO HERNANDEZ MORALES
C.C 1.018.444.665
CUENTA DE AHORRO DAVIVIENDA S.A
NUMERO 550007100851034

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1018444665	0	CHRISTIAN HERNADEZ MORALES	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8699	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1	CL 75 A 104 39		3112359958		CAMIHERNANDEZTIGO@GMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-09	2024-09	8632903079	I	2024-10-11	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	428.200	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8626812323	2024-10-16	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS			PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL						IBC	Cot.	Cot.	Cot.	
1	CC 1018444665	HERNANDEZ MORALES CHRISTIAN CAMILO	1.300.000																	0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.300.000	208.000	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	1.300.000	162.500	COMPENSAR-CCF24	1.300.000	26.000	1.300.000	31.700	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	428.200	N	3869201

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1018444665	0	CHRISTIAN HERNADEZ MORALES	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8699	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1	CL 75 A 104 39		3112359958		CAMIHERNANDEZTIGO@GMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-09	2024-09	8632903079	I	2024-10-11	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	428.200	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8626812323	2024-10-16	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.300.000	1.300.000	1.300.000	1.300.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	208.000	0	0	0	208.000
PORVENIR	230301	800224808	8	1	208.000	0	0	0	208.000
EPS(Administradoras: 1)				1	162.500	0	0	0	162.500
COMPENSAR-EPS	EPS008	860066942	7	1	162.500	0	0	0	162.500
ARP(Administradoras: 1)				1	31.700	0	0	0	31.700
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	31.700	0	0	0	31.700
CCF(Administradoras: 1)				1	26.000	0	0	0	26.000
COMPENSAR-CCF	CCF24	860066942	7	1	26.000	0	0	0	26.000
Gran Total					428.200	0	0	0	428.200