| 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: | Dagoberto Dávila Salamanca | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1233689680 | |
| CORREO ELECTRONICO: | demai08@hotmail.com | | | | CELULAR: | 6015426756 | |
| 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 | 570004570218174 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6269 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2474 | FECHA | 2024-11-28 09:57:56.000 | NÚMERO DE CRP | 74266 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-11-01 | | 2024-11-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,841,000 | | | | |
| 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: | $6,385,640 |
| VALOR EJECUTADO | $6,385,640 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,841,000 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1067268260 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 4 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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

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 |
|---|---|---|
| 1Estar 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 |
| 2). Participar en el desarrollo y actualización de documentos del programa de Salus 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. | B. Estaría obstruyendo la debida operación del programa. |
| 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." | A. Acatar debidamente la directriz del médico a cargo para brindar una buena atención. | 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. Generaría novedades administrativas por incumplimiento al contrato. |
| "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 riesgos biológicos para la tripulación y el paciente. |
| "10). Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutividad en el programa de salud mental" | A. Garantizar un servicio oportuno desde la valoración hasta la entrega del paciente en la institución para que pueda tener una atención eficaz. | No se estaría prestando el servicio adecuado para suplir las necesidades del paciente. |
| "11). Informe y registro oportuno de datos críticos y Reporte y registro de sucesos de seguridad." | Informar a tiempo sobre el estado del paciente para brindar una atención íntegra. | . Se pondría en riesgo la salud del paciente. |
| "12). Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades." | "A. Cumplir las guías dadas basándose en la evidencia científica. " | B. No se estaría dando cumplimiento a las actividades generadas por la subred. |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-15, 06:40:26 A. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1067268260

Periodo Cotización: octubre de 2024 Periodo Servicio: octubre de 2024 Referencia pago 8810124717

## PAGADA 13/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| | DAGOBERTO DAVILA SALAMANCA | | |
| | CC1233689680 | Dirección | CL 67BBI #111 C - 51 |
| a | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3123688401 |
| | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Legal | | Identificación | |
| | 1 | ARP | ARL SURA |

EL APORTANTE

| os Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| os 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 IRP | Días PTS | 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 |
| TO DAVILA CA | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $1.300.000 | $208.000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $1.300.000 | $162.500 | 2.436 | $1.300.000 | $31.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $1.300.000 | $26.000 | $0 | $0 | $0 | $0 | $428.200 |

S

| 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 | $208.000 | $162.500 | $31.700 | $26.000 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $428.200 | $0 | $428.200 |



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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DAGOBERTO DAVILA SALMANCA**
**C.C 1.233.689.680**

La suma de: ($ 1.841.000), 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 30 noviembre 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6269-2024



**DAGOBERTO DAVILA SALMANCA**
**C.C 1.233.689.680**
**CUENTA DE AHORRO DAVIVIENDA**
**NUMERO 570004570218174**