18:23 4G

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 →

forms.office.com

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	Cargado por		
☐	cuenta cobro enero.pdf	cuenta cobro enero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro febrero (1).pdf	287c0716-44da-419b-bde8-d4e0f83ed1fe (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro marzo pdf	e921aa22-4c9d-4a44-b4b9-76842ecc0475 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro abril .pdf	8d122b96-527e-4eaa-85f7-4c8608a29eb4 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro mayo y doc equivalente.pdf	ilovepdf_merged (1) (2) (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro junio y doc equivalente.pdf	ilovepdf_merged (1) (3) (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro julio documento equivalente y anexos.pdf	ilovepdf_merged (1) (4) (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro agosto documento equivalente y anexos.pdf	ilovepdf_merged (1) (5).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro septiembre, documento equivalente y anexos.pdf	ilovepdf_merged (1) (6).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro octubre doc equivalente, cuenta de cobro y anexos.pdf	ilovepdf_merged (1) (7) (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

18:30 4G

Encuentros de Aprendizajes Continuos IV Trimestre

* Obligatorio

Datos del Participante y de los EAC

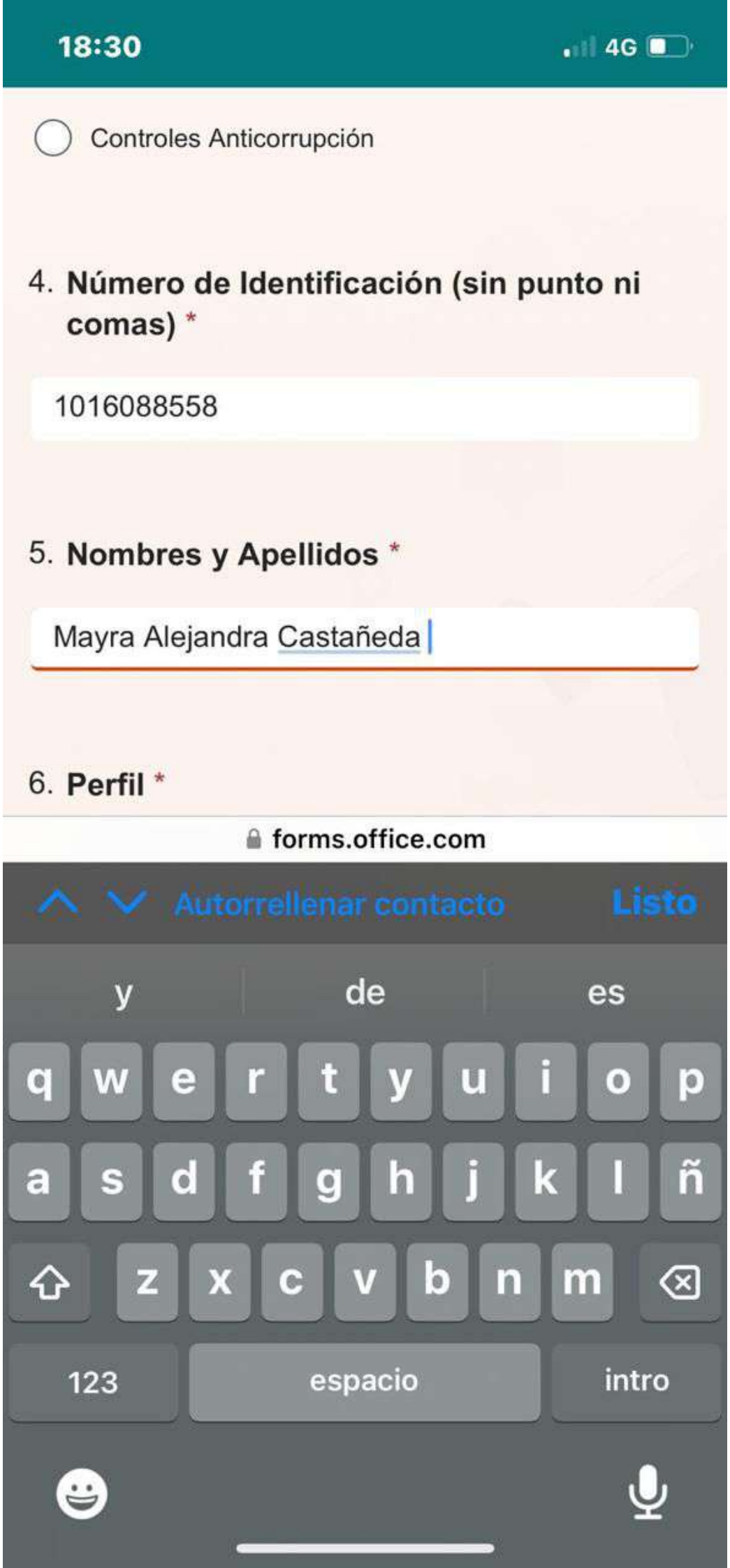
1. **Indicar la fecha del Encuentro de Aprendizaje Continuo** *

17/10/2024

2. **Tipo de Vinculación** *

- ( ) Planta
- (•) Contrato/Ops
- ( ) Estudiante
- ( ) Tercerizado

forms.office.com


18:30
4G
Controles Anticorrupción
4. Número de Identificación (sin punto ni comas) *
1016088558
5. Nombres y Apellidos *
Mayra Alejandra Castañeda
6. Perfil *
forms.office.com
Autorrellenar contacto
Listo
y
de
es
q w e r t y u i o p
a s d f g h j k l ñ
z x c v b n m
123
espacio
intro

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MAYRA ALEJANDRA CASTAÑEDA HERRAN

1.016.088.558 DE BOGOTA

La suma de: (DOS MILLONES CERO SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE 2.061.438) por concepto de: Prestación de servicios como auxiliar de Enfermería en el área de hospitalización de la unidad de Kennedy, durante el periodo de 1 al 30 de NOVIEMBRE de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2841-2024

MAYRACH

MAYRAALEJANDRA CASTAÑEDA HERRAN

1.016.088.558 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550475000076129

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:	MAYRA ALEJANDRA CASTAÑEDA HERRAN						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016088558	
CORREO ELECTRONICO:	mayraherran_07@outlook.com				CELULAR:	4623029	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10I06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550475000076129				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2841			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	72446	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:			$2,061,438				
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:	$19,240,088
VALOR EJECUTADO	$19,240,088
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,061,438
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
8633205275	$908,526	$113,566	$145,364	3	$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.

DIANA CAROLINA MONTERO CORTES
1024465143
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
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.	se realiza la entrega de pacientes asignados en el servicio, se informa a la auxiliar de turno las actuvidades realizadad	se realiza entrega en fusuco de los pacientes asugnados
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	se realiza las tareas asignadas con cada paciente asignado en el servicio	se muestra resultados de las tareas asugnadas desde el jefe de enfermeria de turno con el paciente asignado
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	se realiza las tareas asignadas con cada paciente asignado en el servicio	se informa los cambios, los signos vitales altarados de cada paciente asignado en el turno
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	se informa las actividades con dificultad en el servicio segun necesidad	se realiza la informacion acerca de las difucultades y/o problemas que surga durante el turno
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.	se educa al familiar acerca de los cuidados que debe tener fuera del servicio de urgencias	se da informacion al familiar del paciente asignado sobre los cuidados correspondientes que se debe tener en casa despues de la salida
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	se realiza una atencion con calida deacuerdo a las nesecidades y potogolas a la poblacion que asisten al servicio para evitar errores en el proceso	se verifica siempre la comuicacion rebundante y se esta atento según la condicion del usuario
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 atiende con respecto a la poblacion que asiste al servicio	se realiza protocolo de vienvenidad al sercicio sin importar la necesiad que tenga se despeja dudas y se remite a atencion a ciudadano
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	se reporta en fisico sobre informacion de cada paciente	se lleva registro en fisico del paciente asignado
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	se diligencia los datos de paciente en facturacion si es necesario en caja	se da la salida a facturacion cpara dar el paz y salvo a paciente o familiar
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	se apoya em el cumplimiento de las normas derechos y deberes de pacientes	se realiza la educacion a pacientes y familiares sobre el sistema de caluda de la institucion
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	se realiza los informes mensuales de actividades realizadas	se entrega el soporte de las actividades hechas en el servicio
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	se esta atento que todos los insumos y/o recursos que se neseciten esten disponibles en el momento de realizar una actividad tanto en la unidad, no se apresentado ningun inconveniente que requiera reporte por tecnovigilacia	se realiza pedido oportuno para los respectivos insumos nesecitados para pode ejecutar las actividades del servicio
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Se esta atento a las capacitaciones asignadas	CONEXIÓN CO LA GERENCIA , Conversatorio
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	se realiza el seguimiento de fallas ocasionadas en el servicio	se informa las fallas que se encontraron en el servicio
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	se da apoyo con la subred en apoyar los procesos correspondientes	se realiza el cumplimiento de los procedimientos implentados con calidad en el servicio
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	se obra con leatal y cofiabilidad	se guarda completamente discrecion de la informacion del la subred sur occidente
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	se registra las actividades que hay en el servicio a necesidad de cada paciente	se registra en historia clinica las actividades realizadas a cada paciente según su necesidad
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	"Se entrega la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente."	se entrega soporte
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..	se esta atento a la necesidad requerido por el servicio	se esta atento a la necesidad requerido por el servicio

Copia Certificada Subred Suroccidente

DIANA CAROLINA MONTERO CORTES
1024465143
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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MAYRA ALEJANDRA CASTANEDA HERRAN
IDENTIFICACIÓN:	CC-1016088558
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-12-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-12-13
FECHA DE PAGO:	2024-12-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-11
PERÍODO SALUD:	2024-11
NÚMERO PLANILLA:	8633761370
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8605915874
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.700	$ 31.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 402.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/01/2025