Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
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:	ANGIE LORENA FERNANDEZ COGOLLO								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1054252205			
CORREO ELECTRONICO:	lorenitha31fer07@gmail.com				CELULAR:	3204305588			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE11I05	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24127759924						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3270			VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP	2652	FECHA	2024-12-15 16:09:19.000	NÚMERO DE CRP	79302	FECHA	2024-12-15 23:00:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL				
		2024-12-01		2024-12-31				
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:	$20,545,560
VALOR EJECUTADO	$20,545,560
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,956,720
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
9477410637	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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.	Realizar recibo y entrega de turno, conformbe a saer	Se llena lista de verificacion
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	el cumplimiento Porta uniforme y elementos necesarios para de las actividades	Anecdotario.
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados	Bitácora de procedimiento
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio	Bitácora y/o lista de verificación
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 realiza educación a paciente y familiar de procedimientos y cuidados a realizar	Se llena en historia CLINICA
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Realiza aseo y desinfección de camas,camillas e inmobiliario de paciente	Lista de verificación aseo y desinfección
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	Explico en form a clara a los pacientes y familiares con acuerdo a sus derechos y deberes, sobre diagnosticos, examen y procedimeintos a realizar	Se notifica en historia clínica del paciente
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	• Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados	• Bitácora de procedimiento
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	• Se realizan registros en forma clara , ordenada y secuencial deacuerdo a lo presentado por los pacientes	Realizo actividades y verificación
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Se cumple y apoyan las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Mediante actas y registros visuales
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Se elabora mensualmente un informe sobre las actividades realizadas para la certificación de cumplimiento del contrato	Se diligencia informe escrito de dichas actividades el cual es estregado al respectivo supervisor
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Me responzabilizo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades y se entregaran a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Acta de entrega y devolución de dichos elementos
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asiste a las capacitaciones programadas , SEGURATE, UAT, ULC, CONVERSATORIO	Por medio de actas y registros
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Realizacion de las respectivas fallas de calidad que se presentan en el servicio, participando activamente en los planes de mejora definidas para el servicio.	Registrado en la plataforma
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos implementación de los mismos	eo continuamente los mensajes dados por la subred, apoyando los cambios e implementación de nuevos proceso o procedimientos Participo de las capacitaciones dadas por diferntes areas	Realizo actividades y verificación
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Asiste a las capacitaciones programadas en la USSTINTAL	Formato de asistencia de capacitación
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Se realiza el respectivo registro de las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio	Registro de dichas actividades en la plataforma suresco
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Se entrega mensualmente en el tiempo estipulado la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales	Se entregan soportes impresos de dichas obligaciones
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Se realizan las actividades que me son asignadas acordes con el objeto del contrato.	Constancia en actas, registros escritos, correos, registros on line, plataforma Dinamica Grencial, aplicativos respectivos

Copia Controlada Subred Suroccidente

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1054252205		FERNANDEZ COGOLLO ANGUIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 87 b sur #124	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203405588	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	03323431	9477410637	I	2024/12/03	2024/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	6	$404,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1054252205	FERNANDEZ ANGIE	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1054252205		FERNANDEZ COGOLLO ANGUIE LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 87 b sur #124	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203405588	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	03323431	9477410637	I	2024/12/03	2024/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	6	$404,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$900	$0	$208,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$900	$0	$208,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$700	$0	$163,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$700	$0	$163,200
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$1,800**	**$0**	**$404,000**

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DESALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

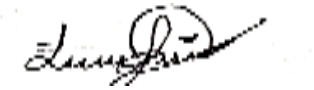
NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

ANGIE LORENA FERNANDEZ COGOLLO

C.C 1054252205 DEBOGOTÁ

La suma de 1.956.720 por concepto de: Prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA; en la Unidad de Patio Bonito Tintal durante el periodo del 01 al 31 de DICIEMBRE de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3270-2024.



LORENA FERNANDEZ

C.C 1054252205 DE Bogotá

CUENTA DEAHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO: 24127759924