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:	JUNIOR MANOLO ARIPOL GARCIA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016116325	
CORREO ELECTRONICO:	juniormanoloaripolgracia@gmail.com				CELULAR:	3138633720	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ESTERILIZACION FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03N05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	63973409699				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6002			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2652	FECHA	2024-12-15 16:09:19.000	NÚMERO DE CRP	80317	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:	$1,893,600						
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:	$9,783,600
VALOR EJECUTADO	$9,720,480
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,893,600
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$63,120
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
81995558	$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.

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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.permanente.	Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente.	ENTREGA DE TURNO
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERAN
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.	Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
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.	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO LO REQUIERAN
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE PRESENTEN
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conoco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO LO REQUIERAN
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)

Copia Certificada Subred Suroccidente

Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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:

JUNIOR MANOLO ARIPOL GARCIA

CC: 1016116325 DE BOGOTA

La suma de $ 1.893.600 por concepto de: (Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar de enfermería dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la Institución. AUXILIAR DE ENFERMERIA) durante el periodo del 01 al 31 de DICIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6002-2024.



JUNIOR MANOLO ARIPOL GARCIA
CC: 1016116325 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO: 79394888

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **JUNIOR MANOLO ARIPOL GARCIA**, identificada con **CC** número **1016116325**, aportó por **JUNIOR MANOLO ARIPOL GARCIA**, identificado(a) con **CC** número **1016116325** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **81995558** para el periodo de salud **2024-11** y pensiones **2024-11** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0															0		30	$1.300.000	0,02436	3	$31.700	Noviembre - 2024	81995558	10/12/2024	N
Cajas	CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	860066942	59	0															0		30	$1.300.000	0,02000		$26.000	Noviembre - 2024	81995558	10/12/2024	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0															0		30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Noviembre - 2024	81995558	10/12/2024	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0															0		30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Noviembre - 2024	81995558	10/12/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 9 días del mes Diciembre de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

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

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 DE COBRO AGOSTO JUNIOR ARIPOL.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO JUNIOR ARIPOL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE JUNIOR ARIPOL.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE JUNIOR ARIPOL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE JUNIOR ARIPOL.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE JUNIOR ARIPOL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE JUNIOR ARIPOL.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE JUNIOR ARIPOL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >