| 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: | C. EXT MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10A11 | 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 | 2652 | FECHA | 2024-12-15 16:09:19.000 | NÚMERO DE CRP | 79052 | 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: | $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: | $21,301,526 |
| VALOR EJECUTADO | $21,301,526 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8633761370 | $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.

DIANA RODRIGUEZ
52262971
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 RODRIGUEZ
52262971
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:**

**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 31 de DICIEMBRE 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**

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? Si | No

| Identificación 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 |
| ☐ | Cuenta cobro noviembre documento equivalente y anexos.pdf | ilovepdf_merged (1) (8).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >