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:	SANDRA NAYIBE CHACON MORA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53003012	
CORREO ELECTRONICO:	sandranayibe2705@gmail.com				CELULAR:	3007929714	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D RADIOLÓGICA HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37L02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550468200218682				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	8476			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2652	FECHA	2024-12-15 16:09:19.000	NÚMERO DE CRP	81086	FECHA	2024-12-27 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-12-04		2024-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,704,240				
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:	$1,767,360
VALOR EJECUTADO	$1,704,240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,704,240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$63,120
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
CETIFICACIONES	$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.

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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
1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades	cumplo con el porte de los elemntos de los elementos basicos,para el desarrollo de mis actividades.	prepare los elemntos necesarios para el desarrollo de mis actividades.
-2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento.	2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.	2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.
3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente	3.desarrollo mis actividades de forma responsable y con etica, según los protocolos estipulados.	cumpli con mis actividades de forma responsable y siguiendo los protocolos establecidos.
4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada.	4.realizo mis actividades y procedimientos con una tecnica adecuada.	4.realice mis procedimientos, siguiendo los protocolos.
5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma.	5.arreglo ,limpio y organizo la unidad.	5.firmo acta de limpieza y desinfeccion.
-6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales	6.preparo y colaboro a los pacientes, para la realizacion de su examen.	6.realice mi registro de notas de enfermeria con cada actividad.
7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados	7.asisto de manera oportuna y eficaz a mis pacientes en cada una de sus actividades.	7.desarrolle mi nota de enfermeria en la aplicación de dinamica.
8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados.	.no aplica en nuestro servicio.	8.no aplica en nuestro servicio.
-9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados	9.Realizo todas las actividades para la cuales fui contratado y respondo por cada una de ellas,siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad de todo el equipo de trabajo el cumplir a cabalidad con nuestro trabajo.	8.no aplica en nuestro servicio. 8.no aplica en nuestro servicio.
10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.RECIBO Y ENTREGA DE TURNO:	10.dedico la totalidad del tiempo para el desarrollo de mis actividades contractuales.	9. Libro de entrega de turno y actas.
16. Recibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografia).	16.diligencio diariamente el libro de entrega de turno.	10.regitro en el formato de recibo y entrega de turno.
. 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo.	17. atiendo las necesidades de mi equipo de trabajo	16.libro de entrega de turno.
18.Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia	18.explico los procedimientos que se van a realizar a los pacientes y a su acompañante.19.respeto los derechos y trato con etica a todos los pacientes.	17. soy eficiente y eficaz
19.Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización	20. trato con respeto y de la mejor forma a las personas de mi entorno.	18. acta de consentimiento informado
-20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD	19.respeto los derechos y trato con etica a todos los pacientes.	19. trabajo con etica
: 22. Aplicar los principios de técnica aséptica.	22,aplico los principios de tecnica aseptica.	20.mantengo buenas relaciones
.-23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos	23.aplico las normas de bioseguridad en el manejo de fluidos.	21.firma de actas de compromiso.
-24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	24.cumplo con todos los protocolos establecidos en el programa de salud ocupacional.	22.carpeta de control de desinfeccion y limpieza.
25. Vigilar e informar faltantes del inventario.	25.vigilo e informo faltantes de inventario.	23.carpeta de control de desinfeccion y limpieza.
26.Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales	26. mantengo limpios y ordenados todos los equipos y materiales utilizados.	24.apliactivo almera.
27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	27. hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor.	25.libro de registro de invetario.
-28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución	29.salvaguardo todos los elementos dejados a mi cargo.	26.carpeta de control de desinfeccion y limpieza de equipos.
29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.	29.salvaguardo todos los elementos dejados a mi cargo.	27.libro de control.
-30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-	29.salvaguardo todos los elementos dejados a mi cargo.	28.porto mi uniforme completo.
-31.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan	30.gestiono de acuerdo a lo establecido las novedades.	29.libro de entrega de turno.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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:

SANDRA NAYIBE CHACON MORA
C.C 53.003.012 DE BOGOTA D.C

La suma de $1.704.240 (UN MILLON, SETECIENTOS CUATRO MIL, DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE.), por concepto de prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de imagenología como auxiliar de enfermería en radiología en manejo de pacientes, en la unidad app BOSA, durante el periodo de 04 al 31 de DICIEMBRE DE 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8476-2024.

Sandra N. Chacon.

SANDRA NAYIBE CHACON MORA
Nombre de contratista

C.C 53.003.012 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

Numero 0550468200218682

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) SANDRA NAYIB E CHACON MORA identificado(a) con CC 53003012 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **21/01/2024**

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **BIENESTAR IPS SEDE BOSA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE , a los 11 días del mes 12 del año 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHACON MORA SANDRA NAYIB E** identificado(a) con **CC** número **53.003.012** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de noviembre de 2024.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20241107133633

Powered by CamScanner

ARL

Medellin, 11 de diciembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **SANDRA NAYIBE CHACON MORA** con documento de identidad **C53003012**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-12-06	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA CERTIFICA

Que SANDRA NAYIBE CHACON con Cédula de Ciudadanía

número 53003012 tiene en el Banco los siguientes productos:

Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Canje	Fecha Pago Min	Pago Mínimo	Saldo o Cupo Disponible	Saldo o Pago Total
CUENTA DE AHORROS DAMAS	0550468200218682	$0,00	---	$0,00	$0,00	$0,00

Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponden al último corte efectuado.

La presente certificación se expide el 2024/11/08 en la ciudad BOGOTA

DAVIVIENDA

5062 - OFICINA GRAN PLAZA BOSA

FIRMA AUTORIZADA

Banco Davivienda

Powered by CamScanner