

					Versión 3			
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:			ALEXANDRA DIAZ					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52190917
CORREO ELECTRONICO:			alexandradiaz2506@hotmail.com			CELULAR:		3144680338
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT NEFROLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE10A09	90	KE10J17	10				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24129877873				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1405			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	202	FECHA	2025-01-24 15:23:46.000		NÚMERO DE CRP	14249	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL
					2025-02-01			2025-02-28
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$2,397,408			
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:						\$9,958,464		
VALOR EJECUTADO						\$2,397,408		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,397,408		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$7,561,056		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						24%		
El intervisor 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	
9480594878	\$957,200	\$119,650		\$153,152	3	\$23,317	\$296,119	
Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
LUDY ANDREA CUBILLOS MORA 52465298 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Ejecutar con criterio todas las acciones encaminadas a la prestación integral del paciente en terapia de reemplazo renal. 2. Realizar procedimientos dentro de la sala de hemodiálisis con adherencia a los protocolos de la unidad renal.	1. Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades dentro de la sala de hemodiálisis. 2. Realiza toma de signos vitales en cada sesión de hemodiálisis. 3. Dispensa ácido y bicarbonato. 4. Programa máquina de hemodiálisis según prescripción médica. 5. Asiste conexión y desconexión de acceso vascular según protocolo	1. Historia Clínica 2. Registros con firma y sello-2. Adherencia a protocolo
1. Relaciones interpersonales, trabajo en equipo y trato humanizado, comunicación asertiva.	1. Mantiene trato cordial y humanizado con los pacientes en programa de hemodiálisis. 2. Mantiene relaciones interpersonales y trabajo en equipo.	1. interpersonales y trabajo en equipo. 1. Lista de verificación
1. Manejo, uso de recursos físicos, insumos, equipos, e identificación.	1. Diligencia formato de huellas al paciente renal. 2. Vigila sesión de hemodiálisis durante las cuatro horas. 3. Lleva el stop diario de medicamentos dentro de la sala de hemodiálisis. 4. Asiste toma de muestras para laboratorio mensuales, según protocolo. 5. Asiste a la enfermera en atención de complicaciones propias de la terapia.	1. Inventarios, Registros
1. Entrega de reporte indicadores de calidad.	1. Monta máquinas de hemodiálisis por consolidado de la sala de hemodiálisis según revista médica especializada. 2. Dializa paciente en unidad de cuidados intensivos según prescripción médica. 4. Reporta eventos adversos a la jefe de sala en el mismo día que se presente.	1. formatos establecidos para reporte de información.
1. Verificar actividades propias del servicio para bienestar del paciente.	1. Organiza pedido de insumos para cada terapia de hemodiálisis, según parámetros establecidos por el especialista. 2. Realiza kit de hemodiálisis. 3. Diligencia hoja de sesión de hemodiálisis. 4. Realiza lavado de manos. 5. Realiza inventarios en cada turno. 6. Vela por los insumos e inmuebles de la unidad renal	1. Consolidados diarios
1. Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad.	Realiza limpieza y desinfección de la sala de hemodiálisis. 2. Realiza limpieza y desinfección de la máquina de hemodiálisis. 3. Utiliza elementos de bioseguridad para cada procedimiento. 4. Realiza desinfección terminal de la sala de hemodiálisis y diálisis peritoneal según cronograma	1. Cronograma de desinfecciones. 2. Formato de adherencia (Lista de chequeo)
1. Educación clínica e investigación permanente.	1. Asistir a las capacitaciones programadas por la institución en el servicio	1. Formato de capacitación.

LUDY ANDREA CUBILLOS MORA
52465298
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