| 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: | LADY JOHANA CAMACHO MONTAÑO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1019125210 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lj.leidyjhoana@gmail.com | | | | CELULAR: | 6844732 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U C S CONVENIO APH - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV118 MOVIL - 6897 HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11V02-P34 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550008200752262 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8664 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1364 | FECHA | 2025-06-12 10:34:40.000 | NÚMERO DE CRP | 28509 | FECHA | 2025-06-25 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-06-01 | | 2025-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,975,851 | | | | |
| 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: | $16,342,650 |
| VALOR EJECUTADO | $12,305,937 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,975,851 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,036,713 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 75% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1072604323 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 4 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Angely Boiles Caballis
1045709952
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 |
|---|---|---|
| Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. | A. Recibir la móvil en óptimas condiciones dejando por escrito las novedades presentadas al momento. | B. Al no llegar a tiempo a mi cambio de turno no estaría presente para recibir las novedades presentadas durante el día en la móvil las cuales se deben subsanar en el tiempo de aprovisionamiento |
| Participar en el desarrollo y actualización de documentos del programa de atención pre hospitalaria. | A. Asistir a las reuniones de actualización de documentación que requiere el programa de salud mental. | B. No estaría actualizado en la información de los nuevos documentos que se requieren. |
| Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Pre hospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, cadena de custodia, etc.) Los cuales deberán ser allegados dentro de las 12 horas siguientes a la atención del paciente. En ningún caso los registros clínicos podrán ser diligenciados después del período de atención del paciente. | A. Ayudar con el diligenciamiento de las historias clínicas estar pendiente de llevar los formatos adecuados al momento de la atención. | B. Estaría obstruyendo la debida operación del programa. |
| Valoración, estabilización y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. | Actividades propias de la atenciòn de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guìas de manejo de atenciòn) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado | "Auditorias gneradas aleatoriamente en el proceso de traslado. -Auditoria de registros clìnicos - Auditorias concurrentes aleatorias" |
| Realizar los procedimientos ordenados por el médico de la tripulación o el médico regulador para la estabilización de pacientes, dentro de su núcleo de saber. Incluyendo la aplicación supervisada de medicamentos | A. Acatar debidamente la directriz del médico a cargo para brindar una buena atención. | B. Si no se actúa de manera adecuada se pondría en riesgo la salud integridad y seguridad del paciente. |
| Estar atentos al cumplimiento de las órdenes operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Realizar los reportes radiales de información pertinente al paciente con propósitos de regulación médica y orientación de traslado e información relevante de situaciones de emergencia y coordinación con el médico regulador, directivos del centro regulador, otras unidades medicalizadas y básicas, agencias del estado que participen en situaciones de desastre y/o emergencias cuando se requiera. | En caso de ser requerido, se deben notificar al lider del proceso y si son eventos de seguridad reportar en el aplicativos | Reportes generados , actas por reportes generados o no . |
| Desarrollar las actividades de acuerdo a la programación de actividades asignadas, según cronogramas previamente establecido, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas. | Actividades propias de la atenciòn de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guìas de manejo de atenciòn) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado | Actividades propias de la atenciòn de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guìas de manejo de atenciòn) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado |
| Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente. | A. Portar adecuadamente las prendas institucionales y carnet de identificación Suministradas por la subred. | B. Se perdería credibilidad institucional al no hacer uso adecuado del uniforme. |
| Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. | A. Mantener el vehículo en óptimas condiciones para garantizar la seguridad de la tripulación y del paciente. | B. Se generarían riesgos biológicos para la tripulación y el paciente. |
| . Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutividad en la atención Pre Hospitalaria | Adheririse a los manuales de Emergencia insitucionales y demas establecidas. | Se levanta acta en caso de no cumplimiento |
| Informe y registro oportuno de datos críticos. Y Reporte y registro de sucesos de seguridad | Informar a tiempo sobre el estado del paciente para brindar una atención íntegra. | . Se pondría en riesgo la salud del paciente. |
| Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. | "A. Cumplir las guías dadas basándose en la evidencia científica. " | B. No se estaría dando cumplimiento a las actividades generadas por la subred. |
| Aplicar las normas, guías y protocolos en el ámbito de sus actividades que garanticen la adecuada prestación del servicio de urgencias. | Revisar Guias de manejo, protocolos enviados, documentos que se reuquieran ser leidos | Evaluaciones de conocimientos en el momento designado |
| Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al supervisor , los eventos de seguridad clínica evidenciados en el aplicativo de política de seguridad al usuario. | En caso de ser requerido, se deben notificar al lider del proceso y si son eventos de seguridad reportar en el aplicativos | Reportes generados , actas por reportes generados o no . |
| Actualizar los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades. | Adherencia a procedimiento | Acciones desarrolladas durante la gestiòn |
| Realizar autocontrol sobre las actividades propias de su actividad. | Autocontrol | Autocontrol |
| Ejercer las demás actividades afines con la naturaleza del objeto, cumplir protocolos, directrices y demás requisitos que permitan una operación ótima | Las que sean encomendadas de acuerdo a la naturaleza de su perfil | Reportes generados |
| Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa o indirectamente del objeto contractual. | Propias de las actividades del servidor Pùblico | Se levanta acta en caso de no cumplimiento |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

Angely Boiles Caballis
1045709952
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:**

**LADY JOHANA CAMACHO**
**C.C. 1019125210 DE BOGOTÁ**

La suma de ($ 1.975.851 pesos MTC) por concepto de: Prestar servicio como auxiliar de enfermería en el área Atención Pre Hospitalaria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional, durante el periodo del 1 al 30 JUNIO 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8664-2024

Lady Johana Camacho

**LADY JOHANA CAMACHO**
**C.C.** 1019125210 **DE BOGOTÁ**
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA S.A**
**NUMERO: 550008200752262**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-06-16, 04:59:02 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072604323

**Periodo Cotización:** mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822674892

## PAGADO 14/06/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LADY JOHANA CAMACHO MONTANO | | |
| **Documento** | CC1019125210 | **Dirección** | CALLE 127 D # 91A-58 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 504 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1019125210 | LADY JOHANA CAMACHO MONTAÑO | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 405.800 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 405.800 | $ 3.000 | $ 408.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.