

					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:			ENRIQUE CONTRERAS AMADO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1022433538
CORREO ELECTRONICO:			tommyf09@hotmail.com			CELULAR:		3046636895
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	%						
	KE10A09	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			7700779064				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1400			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1360	FECHA	2025-06-12 16:34:13.000	NÚMERO DE CRP	29505	FECHA	2025-06-25 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-04-01			2025-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,489,616				
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						\$7,376,640		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,489,616		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$2,581,824		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						74%		
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		
9483802353	\$995,846	\$124,481	\$159,335	3	\$24,259	\$308,075		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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 hemodialisis 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 hemodialisis. 2. Realiza toma de signos vitales en cada sesión de hemodialisis. 3. Dispensa ácido y bicarbonato. 4. Programa máquina de hemodialisis 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 protocolos.
2. Relaciones interpersonales, trabajo en equipo y trato humanizado, comunicación asertiva.	1. Mantiene trato cordial y humanizado con los pacientes en programa de hemodialisis. 2. Mantiene relaciones interpersonales y trabajo en equipo	1. Lista de verificación
3. Manejo, uso de recursos físicos, insumos, equipos, e identificación	1. Diligencia formato de huellas al paciente renal. 2. Vigila sesión de hemodialisis durante las cuatro horas. 3. Lleva el stop diario de medicamentos dentro de la sala de hemodialisis. 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
4. Entrega de reporte indicadores de calidad.	1. Monta máquinas de hemodialisis por consolidado de la sala de hemodialisis según revista médica especializada. 2. Dilata 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.
5. Verificar actividades propias del servicio para bienestar del paciente.	1. Organiza pedido de insumos para cada terapia de hemodialisis, según parámetros establecidos por el especialista. 2. Realiza kit de hemodialisis. 3. Diligencia hoja de sesión de hemodialisis. 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.
6. Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad.	1. Realiza limpieza y desinfección de la sala de hemodialisis. 2. Realiza limpieza y desinfección de la máquina de hemodialisis. 3. Utiliza elementos de bioseguridad para cada procedimiento. 4. Realiza desinfección terminal de la sala de hemodialisis y diálisis peritoneal según cronograma	1. Cronograma de desinfecciones. 2. Formato de adherencia (Lista de chequeo)
7. 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

DOCUMENTO EQUIVALENTE 4/5

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE

E.S.E

NIT. 900.959.048-4

DEBEA ENRIQUE CONTRERAS

AMADO

CC 1022433538 DE BOGOTÁ

La suma de \$ 2.489.616 (DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DIECISÉIS PESOS MCTE), por concepto de Auxiliar Enfermero de unidad renal durante el periodo de 01 al 30 de Abril del 2025 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios.

1400-2025

Enrique Contreras

ENRIQUE CONTRERAS AMADO

CC 1022433538 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS

BANCO DAVIVIENDA 007700779064

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1022433538		CONTRERAS AMADO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 C # 38 G - 08 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1395792652	9483802353	I	2025/04/09	2025/04/08	BANCO DAVIVIENDA	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1022433538	CONTRERAS ENRIQUE	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS010	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022433538		CONTRERAS AMADO ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 C # 38 G - 08 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1395792652	9483802353	I	2025/04/09	2025/04/08	BANCO DAVIVIENDA	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	