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:	YENSI VALENTINA LEAL OTAVO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1027523950	
CORREO ELECTRONICO:	OTAVOVALEN@GMAIL.COM				CELULAR:	3127249119	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37I06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	22164740955				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4315			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2308	FECHA	2025-11-26 15:54:20.000	NÚMERO DE CRP	52208	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,074,680				
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	$9,681,840
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,074,680
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$276,624
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
9490909479	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

Luz Dary Castro Herran
52456529
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 TURNO POR PACIENTE ASIGNADO E INFORMAR SOBRE LA EVOLUCION Y LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON EL FIN DE PROPORCIONAR AL TURNO ENTRANTE INFORMACION ACTUALIZADA Y DAR CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERIA.	Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente.	ENTREGA DE TURNO
REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA ASIGNADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DEL SERVICIO.	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
INFORMAR AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA LOS CAMBIOS EN LA EVOLUCION DEL PACIENTE PARA TOMAR MEDIDAS OPORTUNAS EN EL MANEJO CLINICO DEL PACIENTE.	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
RETROALIMENTAR AL SUPERVISOR DIFICULTADES DEL PROCESO DE ATENCION.	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERAN
ASESORAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBREEL PLAN DE CUIDADOS EN CASA, GARANTIZAR LA COMPRESION DE LAS ORDENES MEDICAS Y DAR CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO.	Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento	ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO
APLICAR LKOS PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD.	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
BRINDAR ORIENTACION A LOS PACIENTES Y FAMILIARES CON RELACION A SUS NECESIDADES Y ESPECTATIVAS DE ACUERDO CON LAS POLITICAS INTITUCIONALES Y LAS NORMATIVAS VIGENTES.	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
REGISTRAR LOS DIFERENTES REPORTES Y LIBROS PROPIOS DEL SERVICIO.	Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
DILIGENCIAR DOCUMENTOS PARA FACTURACION, ESTADISTICA, LIBROS DE REGISTRO EN FORMA LEGIBLE.	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
APORYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
ELABORAR UN INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE LAS ACTIVIDADES, Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACION DEL CUMPLIMIENTO.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
RESPONDER POR ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO D LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACION DEL CONTRATO.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrat	CUANDO SE REQUIERA
PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	CUANDO LO REQUIERAN
NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SISTEMA DE INFORMACION
APOYAR A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	CUANDO LO REQUIERAN
REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRETACION DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA SUBRED.	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACION Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE.	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmenteC	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUANDO LO REQUIERAN

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Luz Dary Castro Herran
52456529
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