| 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 | ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | BRAYAN ESTEBAN LOPEZ ARENAS | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | x | C.E | | NO. | 1007303916 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | brianlopezarenas@gmail.com | | | | CELULAR: | 3112004084 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | USS BOSA | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CIRUGIA | | | | SEDE: | BOSA | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | BO35C01 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | No. 0157188244 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4196 DE 2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 7 DE 7 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1242 | FECHA | 27/08/2020 | NÚMERO DE CRP | 37201 | FECHA | 30/08/2020 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Auxiliar de Enfermeria en la Subred Integrada de Servicios en Salud Suro :cidente E.S.E | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 9 | 2020 | | 30 | 9 | 2020 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.593.180 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | ASISTENCIAL | RESERVA DE GLOSA 2% | NO | | | | | | |

OBSERVACIONES: SE REALIZARON 192 HORAS POR UN VALOR HORA DE $ 8,851 PARA UN TOTAL DE $ 1,699,392

## CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $14.336.823 |
| VALOR EJECUTADO | $12.745.440 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.699.392 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.591.383 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 89% |

**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 $,**2,194,508** 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 % | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8608663294 | $877.803 | 109.800 | 140.500 | 3 | 21.400 | **271.700** |

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

YORBY COSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

1007303916
BRAYAN ESTEBAN LOPEZ ARENAS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | cirugia | | | | | Sede: | BOSA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 4196-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 9 | 2.020 | | 30 | 9 | 2.020 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | BRAYAN ESTEBAN LOPEZ ARENAS | | C. C. | | 1.007.303.916 | | DE | | BOGOTA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI __ NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Prestare los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en CIRUGIA | SI | Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en CIRUGIA | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de SEPTIEMBRE |
| Recibire y entregare turno a las 1.00am, 7.00pm, según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital En CIRUGIA | SI | Recibí y entregue turno a las 1.00am, 7.00pm, según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital. CIRUGIA | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de SEPTIEMBRE |
| Realizare toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente. EN CIRUGIA | SI | Realice toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente. CIRUGIA | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de SEPTIEMBRE |
| Preparare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos EnCIRUGIA | Si | Prepare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos. EN CIRUGIA | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de SEPTIEMBRE |
| Realizare el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo. En CIRUIA | SI | Realice el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo. EN CIRUGIA | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de SEPTIEMBRE |
| Verificare las dietas y acompañe al paciente a esta hora. EN CIRUGIA | SI | Verifique las dietas y acompañe al paciente a esta hora. En CIRUJIA | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de SEPTIEMBRE |
| Observare y reportare signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente en CIRUGIA | SI | Observe y reporte signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente en CIRUGIA | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de SEPTIEMBRE |
| Colaborare con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas en CIRUGIA | SI | Colabore con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas en CIRUGIA .. | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes d e SEPTIEMBRE |
| Cumplire con las órdenes médicas y eduque al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir.EN CIRUGIA | SI | Cumplí con las órdenes médicas y eduque al paciente y familia en los procesos de promoción, prevención y atención a seguir. En Cirugia | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de SEPTIEMBRE |
| Cumplirecon las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológicos del ambiente y de la sean puedan producir como consecuencia del manejo inadecuado de los residios. Lleve correctamente las medidas de protección personal.EN CIRUGIA | SI | Cumplí con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológicos del ambiente y de la sean puedan producir como consecuencia del manejo inadecuado de los residios. Lleve correctamente las medidas de protección personal. En CIRUGIA | POR LA SUPERVISION DEL JEFE INMEDIATO |
| Brindare apoyo emocional y recreación al paciente.EN CIRUGIA | SI | Brinde apoyo emocional y recreación al paciente. EN CIRUGIA | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de SEPTIEMBRE |
| Brinde información, educación y seguridad al paciente y familia al egreso. EN CIRUGIA | SI | Brinde información, educación y seguridad al paciente y familia al egreso.N CIRUGIA | Registre en la historia clínicadel paciente en el mes de SEPTIEMBRE |

**OBSERVACIONES:**

| TOTAL A PAGAR (Número en letras) 1.699.392 | UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS |
|---|---|

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

BRAYAN ESTEBAN LOPEZ ARENAS 1007303916

Fecha : 30/09/2020 Firma de recibido supervisor

YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**BRAYAN ESTEBAN LOPEZ ARENAS**

**C.C 1007303916 DE BOGOTA**

La suma de 1.699,392, por concepto de: Prestación de servicios como técnico auxiliar de enfermería de la unidad de USS Bosa durante el periodo de 01 al 30 de SEPTIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4196 DE 2020

**BRAYAN ESTEBAN LOPEZ ARENAS**

**C.C 1007303916**

**CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA**

**NUMERO 0157188244**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL: | BRAYAN ESTEBAN LOPEZ ARENAS |
| IDENTIFICACION: | CC-1007303916 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2020-09-03 |
| FECHA DE PAGO: | 2020-09-03 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2020-08 |
| PERIODO SALUD: | 2020-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 8608663294 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8600838346 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $ 0 | $ 109.800 | $ 109.800 |
| 231001 | 800227940 | COLFONDOS | 1 | $ 0 | $ 140.500 | $ 140.500 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 0 | $ 21.400 | $ 21.400 |
| CCF24 | 860066942 | COMPENSAR-CCF | 1 | $ 0 | $ 17.600 | $ 17.600 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 289.300 | $ 289.300 |