

					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:				nancy edith garcia									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1123320562				
CORREO ELECTRONICO:				nancyedith_0405@hotmail.com			CELULAR:		3138455037				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC COORDINACION CONVENIOS SALUD PUBLICA PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%										
		FO09K33-6	100										
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:		AHORRO					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24088495673				PENSIONADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO		7200				VIGENCIA		2024					
NÚMERO DE CDP		2354		FECHA	2024-11-13 16:04:13.000		NÚMERO DE CRP		70010		FECHA	2024-11-15 22:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL			
						2024-12-01							
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$80,229							
TIPO DE SERVICIOS		PIC		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:								\$3,690,561					
VALOR EJECUTADO								\$3,690,561					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$80,229					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$0					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%					
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	
1068740468		\$1,017,668		\$127,209		\$162,827		3		\$24,790		\$314,826	
Dado en Bogotá a los un(1) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.													
YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL 1022336479 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. Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaría Distrital de Salud, específico para el PAI.		
Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.		
Mantener el servicio o área de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar.		
Realizar actividades de auxiliar de enfermería intra y extramurales asignadas de acuerdo a las estrategias de los programas y planes de acción de la Institución.		
Informar y solicitar oportunamente al líder del área, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio, según recomendaciones de tecnovigilancia.		
Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área vigentes.		
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.		
Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE.		
Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida.		
Realizar lectura e interpretación del carné de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa.		
Aportar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.		
Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución. Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud.		
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.		
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital.		
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.		

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
1022336479
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 A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

NANCY EDITH GARCIA OBANDO

C.C 1123320562 DE ORITO PUTUMAYO

La suma de Ochenta mil doscientos veintinueve pesos Mcte \$80.229 por concepto de servicios como Técnico 1 Auxiliar de enfermería en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el día 01 de diciembre 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7200-2024



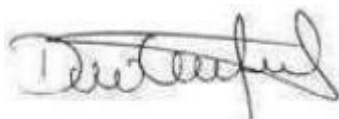
NANCY EDITH GARCIA OBANDO

C.C 1123320562 DE ORITO PUTUMAYO

CUENTADEAHORROS BANCOCAJA SOCIAL

NUMERO 24088495673

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al 01 de diciembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



DIANA CAROLINA DAZA MARTINEZ
Apoyo a la supervisión
Programa Ampliado de Inmunizaciones



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-12-11, 11:06:46 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2024
Empresa	NANCY EDITH GARCIA OBANDO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1123320562
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8822703825 / 1068740468
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 428.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 208.000	\$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 162.500	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 31.700	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 26.000	\$ 0
SubTotales:				\$ 428.200	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 428.200

