

					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:			zcharik dayana chavez carillo					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1193574774
CORREO ELECTRONICO:			chavezcharik@gmail.com			CELULAR:		3112016761
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			U. ESP UNIDAD RENAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10J17	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			17400003510				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		16			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	2024-01-17 10:45:28.000	NÚMERO DE CRP	6143	FECHA	2024-01-17 10:59:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2023-12-01			2023-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,272,320				
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:						\$25,592,757		
VALOR EJECUTADO						\$25,592,757		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,272,320		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
El intervisor 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		
73134654	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2023. 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.
1. 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
1. 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
Entrega de reporte indicadores de calidad.	1. Monta máquinas de hemodialisis por consolidado de la sala de hemodialisis según revista médica especializada. 2. Dilaiza 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.
1. 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.
1. 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)
1. 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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1193574774	ZCHARICK DAYANA CHAVEZ CARRILLO		Cil 16 A sur # 10 l 94	9028456	chavezczharik@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	11/12/2023	73134654	\$358.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	0	0	145.000	1	

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	358.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1193574774	ZCHARICK DAYANA CHAVEZ CARRILLO		Cll 16 A sur # 10 I 94	9028456	chavezcharik@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-11	2023-11	I	11/12/2023	73134654	\$358.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1193574774	CHAVEZ CARRILLO ZCHARICK DAYANA	57	0			N																		230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	28.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE # 12/12
LA SUBRED INTEGRADA DE SEVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E. S .E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ZCHARICK DAYANA CHAVEZ CARRILLO
CC 1.193.574.774 DE FUSAGASUGA

La suma de \$ 2,272,320 (DOS MILLONES DOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL
TRECIENTOS VEINTE PESOS MCTE) Por concepto de: Prestación de
servicios como auxiliar de enfermería De la Unidad Renal sede Kennedy
durante el periodo 01 de DICIEMBRE al 31 de DICIEMBRE de 2023, de
conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios
número de contrato

16 -2023

Zcharick Dayana Chavez Carillo
ZCHARICK DAYANA CHAVEZ CARRILLO
CC 1.193.574.774 DE FUSAGASUGA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

17400003510