

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CLAUDIA MARCELA VELA FONSECA									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		52769560		
CORREO ELECTRONICO:		claudiaenf1604@hotmail.com			CELULAR:		3138399099		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: KE 10									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		RECUPERACION			SEDE:		Kennedy		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	101	100	Centro de costo	%	Centro de costo	%
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIENDA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		008900748263			PENSIONADO		No		

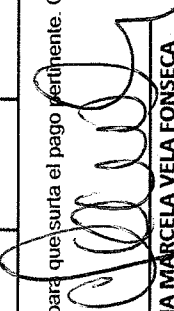
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4988-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1			
NÚMERO DE CDP		1147		FECHA		03-jul-18		NÚMERO DE CRP	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL DE ENFERMERÍA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA		MES		AÑO	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		11		7		2018		31	
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		\$0			

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 126									
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO									
CONCEPTO		VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		\$2.030.990							
VALOR EJECUTADO		\$1.965.474							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$1.965.474							
VALOR A LIBERAR		\$0							
SALDO POR EJECUTAR		\$65.516							
PORCENTAJE DE EJECUCION		96.8%							

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 \$1.953,105 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			
29065084-29522296	\$520.828	\$65.104	\$83.332	3	\$12.734	\$161.170			

Dado en Bogotá a los () días del mes de AGOSTO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


ANA TULIA RINCON SALCEDO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:


CLAUDIA MARCELA VELA FONSECA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ubicación del Servicio:		RECUPERACION		Sede:		KENNEDY	
No. DE CONTRATO:	4988-2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	Mes
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CLAUDIA MARCELA VELA FONSECA		1	7	2018	7
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestara sus servicios y conocimientos como PROFESIONAL DE ENFERMERIA de la Salud Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente		C. C.		52.769.560		BOGOTA	
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐							
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar. 2. Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería. 3. Realizar procedimientos especiales. 4. Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el médico tratante. Usuario 5. Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio. 6. Preparar y administrar, mezclas, diluciones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas. 7. Revisar Historias Clínicas, actualizar Kardex, tarjetas de droga, Signos vitales. 8. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratados y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumba por la correspondiente a sus subordinados. 9. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades. 10. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. 11. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratados y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumba por la correspondiente a sus subordinados. 12. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.		100%		1-Portar uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2- Revisar Historia Clínica Actualizar Kardex y Tarjetas de medicamentos, Registrar plan de cuidado. 3- Supervisar y firmar las notas de enfermería al personal a cargo		1-Anecdotario. 2- Historias Clínicas Revisadas. 3- Registro de enfermería con firma	
REGISTROS OPORTUNOS SIN EMENDADURAS. CRONOLOGIA. NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACIOS. 14. Corregir las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo. 15. Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente. 16. Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. 17. Llevar a cabalidad los formularios de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución, respetando toda actuación con su firma y sello. 18. Cuidar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustitución, destrucción, ocultamiento o utilización indebida.		100%		1-Realizar recibo y entrega de turno según procedimiento institucional. 2-Realizar asignaciones del recurso humano que se tiene a cargo		1- Libro de recibo y entrega de turno. 2- Formulario de asignación de actividades	
RELACIONES INTERPERSONALES. TRABAJO EN EQUIPO. COMUNICACIÓN ASERTIVA. HUMANIZACIÓN SERVICIO. NECESIDADES DEL EQUIPO. 20. Atender las necesidades del equipo de trabajo. 21. Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo. 22. Explicar procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/o familia. 23. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización. 24. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo. 25. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.		100%		1-Verificar la realización del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo 2-Lista de verificación		1-Lista de verificación	
EPIDEMIOLOGIA. ASESORIA Y BIENESTAR. 26. Aplicar los principios de técnica aséptica. 27. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales. 28. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad en la ejecución del programa de Salud Ocupacional, asegurando procedimientos seguros de trabajo según las actividades a realizar en la institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.		100%		1-Cumplir con las normas según el manual de Bioseguridad		1-Asignación de desinfección. 2-Verificación terminal fin de semana diario	
MANEJO. USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION. 29. Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, manteniéndolos con ellos el registro de mantenimiento. 30. Revisar las necesidades del servicio y mantener los elementos adecuados. 31. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. 32. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los procedimientos de la institución. 33. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrarlos y controlar los formularios establecidos para esta función. 34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo. 35. Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.		100%		1-Supervisar diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clínicas de los pacientes a cargo		1- Libro de inventario firmado por el profesional	
CAPACITACION. EDUCACION CLINICA. E INVESTIGACION PERMANENTE. 36. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 36. Identificar necesidades de capacitación dentro de su grupo de trabajo, promoviendo capacitaciones internas en su área.		100%		1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institución en el servicio		1-Formulario de capacitación	
OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 126							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.955.474							
CLAUDIA MARCELA VELA FONSECA				ANA TULIA RINCON SALCEDO			
52.769.560				NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:			

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CLAUDIA MARCELA VELA FONSECA
No. Identificación: CC52769560
Dirección: CALLE 77 V 46 B 45 SUR
Telefono: 3138399099
Correo: CLAUDIAENF1604@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 29065084

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA MARCELA VELA FONSECA
Tipo y número de identificación	CC52769560
Número de planilla	29065084
Fecha pago	2018-07-27
Número de autorización pago	270635
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2018
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	160600
Total Intereses de Mora	1500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	84200	1
CCF21	Cafam Caja de Compensación Fijar	10600	1
EPS008	Compensar EPS	65800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52769560
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA MARCELA VELA FONSECA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	520828	520828	0	520828	65200	0	83400	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52769560	CLAUDIA MARCELA VELA FONSECA	CALLE 77 V 46 B 45 SUR	3138399099	CLAUDIAENF1604@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	N	15/08/2018	29522296	\$13 000

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Seguro	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
CC	52769560	VELA FONSECA CLAUDIA MARCELA				59	C	N	X									25-14	520.828	53.450	0	0	0	0	EP6506	520.828	65.200	14-29	520.828	3	12.700	CCF21	520.828	16.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Compensación * Consultas y estadísticas * Maestro de Afiliados Compensados (https://www.adres.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados)

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y esta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TPO	AFILIADO	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO
No records to display.									

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TPO	AFILIADO	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO
No records to display.									

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TPO	AFILIADO	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO	AFILIADO
CC	5278950	VELA	FONSECA	CLAUDIA	MARCELA	2018-07	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE	

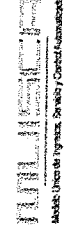
INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO
COMPENSAR E.P.S.	07/2018	19/05/2012	30	COTIZANTE	4023				
COMPENSAR E.P.S.	06/2018	19/05/2012	30	COTIZANTE	4023				
COMPENSAR E.P.S.	05/2018	19/05/2012	20	COTIZANTE	4023				
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	19/05/2012	6	COTIZANTE	4023				
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	19/05/2012	30	COTIZANTE	4023				
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	19/05/2012	1	COTIZANTE	4023				
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	19/05/2012	20	COTIZANTE	4023				
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	19/05/2012	30	COTIZANTE	4023				
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	19/05/2012	30	COTIZANTE	4023				



DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



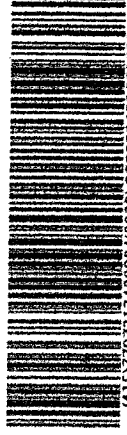
001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14216609771



(415)7707212489984(8020) 0000014216609771

5. Número de identificación Tributaria (NIT): 6. DV 12. Dirección seccional
5 2 7 6 9 5 6 0 - 3 Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico
3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida	25. Tipo de documento: 2 Cédula de ciudadanía	26. Número de identificación: 1 3	27. Fecha expedición: 1 9 8 0 7 1 7
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País: 1 6 9 Bogotá D.C.	29. Departamento: 1 1 Bogotá D.C.	30. Calificación/Municipio: Bogotá, D.C.
31. Primer apellido VELA	32. Segundo apellido FONSECA	33. Primer nombre CLAUDIA	34. Otros nombres MARCELA
35. Razón social:			

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA	39. Departamento: 1 6 9 Bogotá D.C.	40. Ciudad/Municipio: 1 1 Bogotá, D.C.	41. Dirección principal CR 77 B 44 03 SUR BRR NUEVO TIMIZA
42. Correo electrónico: claudiaenf1604@hotmail.com	43. Código postal 44. Teléfono 1: 2 9 9 8 7 7 1	45. Teléfono 2: 3 1 3 8 3 9 9 0 9 9	

CLASIFICACION

Actividad económica		Ocupación																							
Actividad secundaria		Otras actividades																							
46. Código: 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 5 0 7 1 3	48. Código: 49. Fecha inicio actividad: 5 0. Código: 1 2	51. Código: 5 1 3 2																						
52. Número establecimientos																									
53. Código: 2 0																									
20- Obtención NIT																									
Responsabilidades, Calidades y Atributos																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	57. Modo	58. CPC
1	2	3	

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒ 60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 3 0 1 0 3

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia correspondiente exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTÁ

COLOMBIA,

2018/05/07

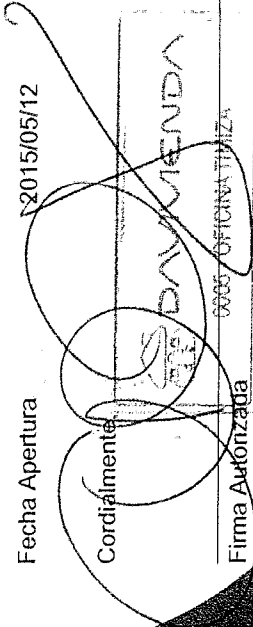
Por medio de la presente hacemos constar que la señora CLAUDIA MARCELA VELA FONSECA
con Cédula de Ciudadanía número 52769560
de BOGOTÁ D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 008900748263

Fecha Apertura 2015/05/12

Cordialmente,


0005 OFICINA TUNIZA
Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA