| 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 | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| **INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA** | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1010078180 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | duvanfonsecarodriguez@gmail.com | | | | CELULAR: | 3148877813 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E** | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UNIDAD RENAL | | | | SEDE: | KE10 | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10A09 | 90 | KE10J17 | 10 | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 912-19-6875-46 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| **INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | **5876-2021** | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | **3 DE4** | | | |
| NÚMERO DE CDP | 924 | FECHA | 21-jun-21 | **NÚMERO DE CRP** | **37393** | **FECHA** | **30/06/2021** | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **AUXILIAR DE ENFERMERIA** | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | **DESDE** | DIA | MES | AÑO | **HASTA** | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 7 | 2021 | | 31 | 7 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.978.776 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 2% | | $0 | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | |

| **CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $6.894.569 |
| VALOR EJECUTADO | $4.421.099 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.978.776 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2.473.470 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 81% |

**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 $2,271,315 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8351839436 | $908.526,00 | $113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | **$281.200** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Julio del dos mil ventiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Judy Andrea Cubillos M

**LUDY ANDREA CUBILLOS**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Duvan

**DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by TapScanner

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | UNIDAD RENAL | | | | | **Sede: KENNEDY** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 5876-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 7 | 21 | | 31 | 7 | 21 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ | | **C. C.** | 1.010.078.180 | | **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 _X__ NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Ejecutar con criterio todas las acciones encaminadas a la prestacion 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. | 100% | 1. Porta uniforme y elementos nesesarios para el cumplimiento de las actividades dentro de la sala de hemodialsis.2.Realiza toma de signos vitales en cada sesion de hemodialsiis. 3. Dispensa acido y bicarbonato .4. Programa maquina de hemodialisis segun prescripcion medica. 5.Asiste conexion y desconexion de acceso vascular segun protocolo . | 1.Historia Clinica 2. Registros con firma y sello-2. Adeherencia a protocolos . |
| 1. Relaciones interpersonales, trabajo en equipo y trato humanizazo, comunicación acertiva. | 100% | 1. Manteniene trato cordial y humanizado con los pacientes en programa de hemodialisis. 2. Mantiene relaciones interpersonales y trabajo en equipo. | 1. Lista de verificacion |
| 1. Manejo , uso de recursos fisicos , insumos equipos, e identificacion. | 100% | 1. Diligencia formato de huellas al paciente renal. 2. Vigila sesion de hemodialisis durante las cuatro horas 3. Lleva el stop diario de medicamentos dentro de la sala de hemodilaisis. 4. Asiste toma muestras para laboratorio mensuales , segun protocolo. 5. Asiste a la enfermera en atencion de complicaciones propias de la terapia. | 1. Inventarios , Registros |
| Entrega de reporte indicadores de calidad. | 100% | 1. Monta maquinas de hemodialisis por consolidado de la sala de hemodialsiis según revista medica especializada. 2. Dilaiza paciente en unidad de cuidados intensivos según prescripcion medica. 4. Reporta eventos adversos a la jefe de sala en el mismo dia que se presente. | 1. formatos establecidos para reporte de informacion . |
| 1. Verificar actividades propias del servicio para bienestar del paciente. | 100% | 1. Organiza pedido de insumos para cada terapia de hemodialsiis, según parametros establecidos por el especialista. 2. Realiza kit de hemodialsiis 3.Diligencia hoja de sesion de hemodialsiis . 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 . | 100% | 1.Realiza limpieza y desinfeccion de la sala de hemodialisis. 2. Realiza limpieza y desinfeccion de la maquina de hemodialisis. 3. Utiliza elementos de bioseguridad para cada procedimiento. 4. Realiza desinfeccion terminal de la sala de hemodialsiis y dialisis peritoneal según cronograma . | 1. Cronograma de desinfecciones . Formato de adherncia (Lista de chequeo) |
| 1. Educacion clinica e investigacion permanente. | 100% | 1. Asistir a las capacitaciones programadas por la institucion en el servicio. | 1. Formato de capacitacion |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR 1,978,776 ( UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MCT )**

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:__DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ

CC_1010078180_____

Fecha :

LUDY ANDREA CUBILLOS MORA_____

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

Scanned by TapScanner

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ**, identificada con **CC** número **1010078180**, aportó por el empleado **FONSECA RODRIGUEZ DUVAN OSWALDO** identificado(a) con **CC** número **1010078180** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 06 - 2021 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA PAG |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908,526 | 0.02436 | $22,200 | $0 | $0 | 6/1/2021 12:00:00 AM | 8351839436 | 7/12/20 12:00: AM |
| EPS008 | Compensar EPS | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908,526 | 0.12500 | $113,600 | $0 | $0 | 6/1/2021 12:00:00 AM | 8351839436 | 7/12/20 12:00: AM |
| 230301 | Porvenir | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908,526 | 0.16000 | $145,400 | $0 | $0 | 6/1/2021 12:00:00 AM | 8351839436 | 7/12/20 12:00: AM |

El presente certificado se expide a los **15** días del mes **Julio** de **2021**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Scanned by TapScanner

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

## Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1010078180 |
| NOMBRES | DUVAN OSWALDO |
| APELLIDOS | FONSECA RODRIGUEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 01/09/2010 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 07/16/2021 22:03:04 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.



Scanned by TapScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE # 03 /2021

LA SUBRED INTEGRADA DE SEVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E. S .E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

**DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ**
**CC 1010078180 BOGOTÁ**

La suma $ 1.978.776( un millón novecientos setenta y ocho mil setecientos setenta y seis pesos MCT ) por concepto de Auxiliar de Enfermería de Unidad Renal durante el periodo de 01 al 31 de julio del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios

# 5876-2021

**DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ**
**CC 1010078180 BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO** 91219687546

Scanned by TapScanner