

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

|                                             |  |                           |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|---------------------------|---|-----------------|-----|-----------------|----------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  | Milton Andres Duque Ayala |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  | C.C                       | x | C.E             | NO. |                 | 80144990 |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  | mduque.auxenf@gmail.com   |   |                 |     | CELULAR:        |          | 3203336179      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  | KE11tintal                |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  | urgencias                 |   |                 |     | SEDE:           |          | Sur             |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo           | % | Centro de costo | %   | Centro de costo | %        | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | KE11B05                   |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  | davivienda                |   |                 |     | TIPO DE CUENTA: |          | Ahorros         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  | 550488425631170           |   |                 |     |                 |          | PENSIONADO      |   | No              |   |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                          |      |       |     |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|------|-------|-----|-----|------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |  | 1539-2022                                                                                                                                                                                                                                                       |     | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |      | 1     |     |     |      |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                           |     | NÚMERO DE CRP            |      | FECHA |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  | Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. |     |                          |      |       |     |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                           | DIA | MES                      | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 | 20  | 1                        | 2022 |       | 31  | 1   | 2022 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                          |      |       |     |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |  | Asistencial                                                                                                                                                                                                                                                     |     | RESERVA DE GLOSA 2%      |      |       |     |     |      |
| 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: | \$4.094.790 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$509.490   |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$509.490   |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0         |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$3.585.300 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 12%         |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
|                    |                   | \$0                      | \$0                |           | FALSO      | \$0           |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de ENERO del año Dos Mil VENTIDOS (2022). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Milton Andres Duque Ayala

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

|                                                                                                                                                                         |                                                                    |                     |                |                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Ministerio de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión             | 2              |  ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|                                                                                                                                                                         |                                                                    | Fecha de aprobación | 3/04/2017      |                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                         |                                                                    | Código:             | 04/02- FO-0003 |                                                                                                                   |

| Ubicación del Servicio: | URGENCIAS PEDIATRIA       | Sede:                        | KE11 - TINTAL                                                                                                                                                                                                                  |     |     |      |  |     |     |     |    |   |      |   |    |   |      |
|-------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|--|-----|-----|-----|----|---|------|---|----|---|------|
| No. DE CONTRATO:        | 1539-2022                 | Periodo certificado desde el | <table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th></th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>20</td> <td>1</td> <td>2022</td> <td>a</td> <td>31</td> <td>1</td> <td>2022</td> </tr> </table> | Día | Mes | Año  |  | Día | Mes | Año | 20 | 1 | 2022 | a | 31 | 1 | 2022 |
| Día                     | Mes                       | Año                          |                                                                                                                                                                                                                                | Día | Mes | Año  |  |     |     |     |    |   |      |   |    |   |      |
| 20                      | 1                         | 2022                         | a                                                                                                                                                                                                                              | 31  | 1   | 2022 |  |     |     |     |    |   |      |   |    |   |      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MILTON ANDRES DUQUE AYALA | C. C.                        | 80.144.990 DE Bogotá                                                                                                                                                                                                           |     |     |      |  |     |     |     |    |   |      |   |    |   |      |

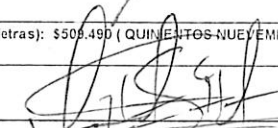
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ACTIVIDADES BÁSICAS</b> 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades. 2. Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento. 3. Ejecutar con criterio actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente. 4. Realizar procedimientos básicos teniendo en cuenta la técnica adecuada. 5. Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. 6. Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales. 7. Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, desambulación y traslados. 8. Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados. 9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades. | 95%        | 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades.<br>2-Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados.<br>3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos.<br>4-Asistir al paciente en sus actividades básicas | 1-Anecdotario.<br>2-Bitácora de procedimientos.<br>3-Bitácora de procedimientos.<br>4-Bitácora de procedimientos |
| <b>REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES:</b> 11. Efectuar oportuna y claramente, registros de todos los cuidados de enfermería. 12. Registrar en Notas de Enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas. 13. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, escribiendo en las Notas de Enfermería su nombre claro y manteniendo identificadas las Historias Clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda actuación con su nombre y sello. 14. Custodiar 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 sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. 15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades.                                                                                                                                             | 95%        | 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente                                                                                                                                                                                                                        | 1-Lista de verificación                                                                                          |
| <b>RECIBO Y ENTREGA DE TURNO:</b> 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 95%        | 1-Realizar recibo y entrega de turno                                                                                                                                                                                                                                                   | 1-Libro de recibo y entrega de turno con asignación diaria                                                       |
| <b>RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACIÓN SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO:</b> 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo. 18. Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia. 19. 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. 20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo. 21. 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 95%        | 1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio                                                                                                                                                                                                                  | 1-Bitácora y/o lista de verificación                                                                             |
| <b>EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD:</b> 22. Aplicar los principios de técnica aséptica. 23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad en el manejo de fluidos. 24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 95%        | 1-Usa los elementos de protección personal.<br>2-Realiza aseo y desinfección de camas, camillas e inmovilizador de paciente.                                                                                                                                                           | 1-Anecdotario.<br>2-Lista de verificación aseo y desinfección                                                    |
| <b>MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION:</b> 25. Vigilar e informar faltantes del inventario. 26. Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales. 27. 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. 28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio, según los parámetros de la institución. 29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. 30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo. 31. Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.                                                                                                 | 95%        | 1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato.<br>2-Custodia historias clínicas de pacientes asignados.                                                                                                                                                                       | 1-Libro de inventario.<br>2-Registro del traslado de historias clínicas de la unidad.                            |
| <b>CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE:</b> 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar en el diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 95%        | 1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USS TINTAL                                                                                                                                                                                                                             | 1- ULC                                                                                                           |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$508.490 (QUINIENTOS NUEVE MIL CUATRICIENTOS NOVENTA PESOS)

  
 MILTON ANDRES DUQUE AYALA CC 80.144.990 de Bogotá  
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

  
 LILIANA CASTIBLANCO MOSOS  
 Fecha: / / Firma de recibido supervisor

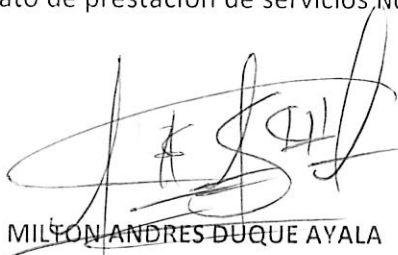
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MILTON ANDRES DUQUE AYALA  
C.C: 80.144.990 DE BOGOTA D.C

La suma de \$509.490( QUINIENTOS NUEVEMIL CUATROCIENTOS NOVENTA PESOS) por concepto de prestación de servicios como auxiliar en Enfermería en el área de Urgencias del hospital del Tintal durante el periodo del 20 al 31 de ENERO del 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1539-2022



MILTON ANDRES DUQUE AYALA

C.C.80.144.990 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO: DAVIVIENDA

NUMERO: 0550488425631170



**CERTIFICA QUE**

El(La) Señor(a) **MILTON ANDRES DUQUE AYALA**; identificado(a) con **CC** número **80144990**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **02/07/2021**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **8** días del mes **12** del año **2021**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

**Cordialmente,**

**Gerencia de Afiliaciones**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**MILTON ANDRES DUQUE AYALA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.144.990**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Noviembre del 2021.

Cordialmente,



\_\_\_\_\_  
Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 09 de febrero de 2022

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

**CERTIFICA:**

Que MILTON ANDRES DUQUE AYALA identificado(a) con cédula de ciudadanía 80144990 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 21/01/2022

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000008 - OPERATIVO OPS CR 4

**CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4603901

**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4,35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

*Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:*

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

*Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.*

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C801449902204027098

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

09/02/2022 7.31 AM



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,**

**01/12/2021**

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **MILTON ANDRES DUQUE AY**  
con **Cédula de Ciudadanía** número **80144990**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número

**0550488425631170**

Fecha de apertura

**01/12/2021**

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**