| 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: | LELY SANCHEZ SEPULVEDA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52314941 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | lelysanches2012@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3115953424 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KE10 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | medicina interna | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | I-06 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | Davivienda | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570123166 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1603-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 10 DE 10 |
| NÚMERO DE CDP | 1731 | FECHA | 29/10/2018 | NÚMERO DE CRP | 44710 | FECHA | 31/10/2018 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 1 | 11 | 2018 | | 30 | 11 | 2018 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.576.350 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | $0 | | |

OBSERVACIONES: 186 HORAS

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $16.526.250 |
| VALOR EJECUTADO | $16.526.250 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.576.350 |
| 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 $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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1016063881 | $781.242,00 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | **$241.800** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Noviembre del año Dos Mil Diez y Ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Ana Rincon S

**ANA TULIA RINCON SALCEDO**

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

lely Sanchez

**LELY SANCHEZ SEPULVEDA**

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 31/03/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| Ubicación del Servicio: | MEDICINA INTERNA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Sede: KENNEDY | | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 1603-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 11 | 2.018 | | 30 | 11 | 2.018 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LELY SANCHEZ SEPULVEDA | | C. C. | | 52.314.941 | | 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 _X_ NO ___ **Servicios:** SI _X_ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| **ACTIVIDADES BÁSICAS**: 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, deambulación 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. | 100% | 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades.<br>2-Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para examenes especiales y/o medios diagnosticos 4-Asistir al paciente en sus actividades basicas | 1-Anecdotario<br>2-Bitacora de procedimientos<br>3-Bitacora de procedimientos<br>4-Bitacora de procedimientos |
| **REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES**: 11. Efectuar oportuna y claramente, registros de todos los cuidados de enfermería.-12.Registrar en | 100% | 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente | 1-Lista de verificacion |
| **RECIBO Y ENTREGA DE TURNO**: 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes. | 100% | 1-Realizar recibo y entrega de turno | 1- Libro de recibo y entrega de turno con asignacion diaria |
| **RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO**: 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. | 100% | 1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio | 1-Bitacora y/o lista de verificacion |
| **EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD**: 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. | 100% | 1-Usa los elementos de proteccion personal<br>2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente | 1-Anecdotario<br>2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion |
| **MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION**: 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. | 100% | 1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato<br>2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados | 1-Libro de inventario<br>2-Registro del traslado de historias clinicas de la unidad |
| **CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE:** 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar enel diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización. | 100% | 1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK | 1-Formato de asistencia de capacitacion |

**OBSERVACIONES:**

**toTOTAL A PAGAR (Numero y letras 1.576.350 (un millon quinientos setenta y seix mil trecientos cincuenta.)**

lely sánchez

LELY SANCHEZ SEPULVEDA

Fecha :

ANA TULIA RINCON SALCEDO

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

Scanned by CamScanner

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-11-07, 12:31:52 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1016063881

**Periodo Cotización:** octubre de 2018 **Periodo Servicio:** octubre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8894630350

**PAGADO 07/11/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LELY SANCHEZ SEPULVEDA | | |
| **Documento** | CC52314941 | **Dirección** | CRA 1 27 B 44 APTO 101 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3115953424 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | SOACHA | **Departamento** | CUNDINAMARCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARP SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IRL | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días PEN | Días AFP | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mineduc(+) | Total |
| CC 52314941 | LELY SANCHEZ SEPULVEDA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 781,242 | $ 125,000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 781,242 | $ 97,700 | 2,436 | $ 781,242 | $ 19,100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241,800 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 781,242 | $ 781,242 | $ 781,242 | $ 0 | $ 125,000 | $ 97,700 | $ 19,100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241,800 | $ 0 | $ 241,800 |

lely sánchez



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Scanned by CamScanner