| 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 | ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2015 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARIA ISMENIA BARON OCHOA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52,519,600 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | dani-281209@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3125627924 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SEDE KENNEDY | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ENFERMERIA | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | 101 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24059817282 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1161-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 7 de 7 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1250 | FECHA | 27/07/2018 | NÚMERO DE CRP | 32927 | FECHA | 31/07/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 8 | 2018 | | 31 | 8 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.525.500 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES: 180 HORAS LABORADAS

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $11.034.450 |
| VALOR EJECUTADO | $10.983.600 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.525.500 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $50.850 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99,5% |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:**

Se verifica el cumplimiento del <u>minimo</u> 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 29498581 | $781.242,00 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | **$241.800** |

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

Ana Rincon S

**ANA TULIA RINCON SALCEDO**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Maria I Baron O

**MARIA ISMENIA BARON OCHOA**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| 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 | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | ENFERMERIA | | **Sede: KENNEDY** | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 1161-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 8 | 2.018 | | 31 | 8 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MARIA ISMENIA BARON OCHOA | | **C. C.** | 52.519.600 | | | **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 |
|---|---|---|---|
| **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: 180 HORAS LABORADAS**

**TOTOAL A PAGAR: $ 1.525.500** **UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE**

MARIA ISMENIA BARON OCHOA CC 52519600: Maria I Baron O'

ANA TULIA RINCON SALCEDO Ana Rincon S

**Señor(a):** MARIA ISMENIA BARON OCHOA
**No. Identificación:** CC52519600
**Dirección:** CALLE 93 A SUR N 0 87
**Telefono:** 1234567
**Correo:** dani-281209@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 29498581

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | MARIA ISMENIA BARON OCHOA |
| **Tipo y número de identificación** | CC52519600 |
| **Número de planilla** | 29498581 |
| **Fecha pago** | 2018-08-14 |
| **Número de autorización pago** | 284224 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | agosto de 2018 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | agosto de 2018 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 244100 |
| **Total Intereses de Mora** | 2300 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | 19300 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 126200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 98600 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52519600
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA ISMENIA BARON OCHOA

| 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 | 781242 | 781242 | 781242 | 0 | 97700 | 0 | 125000 | 0 | 19100 | 0 |

Maria I Baron ochoa.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

# 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 está proceda a la actualización en las bases de datos."

## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
### DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

| TIPO ID | NUMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ULTIMO PERIODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No records to display. | | | | | | | | |

### DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

| TIPO ID | NUMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ULTIMO PERIODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No records to display. | | | | | | | | |

### DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

| TIPO ID | NUMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ULTIMO PERIODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52519600 | BARON | OCHOA | MARIA | ISMENIA | 2018-07 | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE |
| CC | 52519600 | BARON | OCHOA | MARIA | ISMENIA | 2017-06 | COMPENSAR E.P.S. | BENEFICIARIO |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERIODOS COMPENSADOS | FECHA DE AFILIACIÓN | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | NORMA |
|---|---|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S. | 07/2018 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 06/2018 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 05/2018 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2018 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 03/2018 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 02/2018 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 01/2018 | 31/03/2017 | 30 | COTIZANTE | 4023 |

Maria I Baron Ochoa.