| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>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: | JEIMMY JULIETH ROJAS GAMBOA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1022985563 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | jeimmy_9319@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3017313772 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KE10 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EPIDEMIOLOGIA | | | | SEDE: | KENNEDY | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | N10 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 000570107557 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1596-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 12 DE 12 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1990 | FECHA | 13/12/2018 | NÚMERO DE CRP | 48998 | FECHA | 17/12/2018 | | | |
| | 26 | | 10/01/2019 | | 8788 | | 15/01/2019 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 1 | 2019 | | 31 | 1 | 2019 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.416.018 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |
| HORA LABORADAS 186 | | | | | | | | | | |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $17.417.598 |
| VALOR EJECUTADO | $16.992.216 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.416.018 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $425.382 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 98% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1017446483 | $781.242,00 | $97.655 | $124.999 | 3 | $19.031 | **$241.685** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de ENERO del año Dos mil Diesinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

**GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**JEIMMY JULIETH ROJAS GAMBOA**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

Jeimmy Rojas
Auxiliar de Enfermería
C.C. 1.022.985.563

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 |
| Fecha de aprobación | 03-04-2017 |
| Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | EPIDEMIOLOGIA | | | | | **Sede: KENNEDY** | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 1596-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 1 | 2.019 | | 31 | 1 | 2.019 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JEIMMY JULIETH ROJAS GAMBOA | | **C. C.** | | 1.022.985.563 | **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% | Portar uniforme de acuerdo con lo establecido por la institucion.<br>Realizar rondas , verificacion de la informacion y validacion de datos | 1-Anecdotario<br>2 – formatos de ronda<br>3- formatos en magnetico |
| **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 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. | 100% | Realizar registro con datos establecidos.<br>Realizar informes para reportar a secretaria de salud.<br>Diligenciar formato de acuerdo con el protocolo establecido por la institucion secretaria distrital de salud (actividades realizadas según asignacion) | Informacion en medio fisico y magnetico |
| **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% | Mantener comunicación asertiva con el equipo de trabajo | anecdotario |
| **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% | Usar elementos de proteccion personal<br>Acompañamiento o colocacion de dispositivos.<br>Realizar busqueda activa activa frente a eventos de notificacion.<br>Cruzar informacion con aplicativos | Anecdotario<br>Acta de acompañamiento<br>Registro de eventos captados.<br>Informe fisico y en magentico |
| **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% | Asistir a las capacitaciones programadas por la unidad | Lista de asistencia a capacitaciones |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras):1,416,018 un millon cuatrocientos diesiseis mil diesiocho pesos moneda corriente**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Jeimmy Rojas Auxiliar de Enfermería C.C. 1.022.985.563

Firma de recibido supervisor:_____

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-01-09, 01:10:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1017446483

**Periodo Cotización:** diciembre de 2018 **Periodo Servicio:** diciembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8877483090

**PAGADO 09/01/2019**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JEIMMY JULIETH ROJAS GAMBOA | | |
| **Documento** | CC1022985563 | **Dirección** | CRA 6H ESTE 111 32 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 2664323 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARP SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | 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 | Apo Minis |
| 1022985563 | JEIMMY JULIETH ROJAS GAMBOA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 781,242 | $ 125,000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 781,242 | $ 97,700 | 2.436 | $ 781,242 | $ 19,100 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $ 781,242 | $ 15,700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

## 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 | $ 781,242 | $ 125,000 | $ 97,700 | $ 19,100 | $ 15,700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 257,500 | $ 0 | $ 257,500 |

ENE 09 2019 10:42:27 REMICT 8.11.
CORRESPONSAL
LUMA DROGAS TIMIZA
CRA 74 40-20 SUR
BANCO DE BOGOTA
C. UNICO: 001468862 TER: AAAMZ707
V. ELECTRON Cc
**4901 RRN: 007585
RECAUDO RECIBO: 003474 APRO: 218136
SERVICIO: 1136
FACTURA: 0000000000000887483090
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 257.500
FECHA PLANILLA: 2018/12
VALOR PLANILLA: $ 257.500
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 01/09
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

Jeimmy Julieth Rojas Gamboa.
cc. 1022985563.

Jeimmy Rojas
Aut. Firmeria
C.C. 1.022.985.563



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogota 343 2949 - Cali. ... amanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

## MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 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 a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

**CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS**
**DATOS EN DECRETO 780 DE 2016**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO**

| TIPO ID | NÚMERO IDENTIFICACIÓN | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERIODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1022985563 | ROJAS | GAMBOA | JEIMMY | JULIETH | 2018-12 | FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | COTIZANTE |

**INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADO**

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO |
|---|---|---|---|
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 12/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 11/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 10/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 09/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 08/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 07/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 06/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 05/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 04/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 03/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 02/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 01/2018 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 12/2017 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 11/2017 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 10/2017 | 30 | COTIZANTE |
| FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | 09/2017 | 30 | COTIZANTE |