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:	CARLOS HUMBERTO AMORTEGUI ROA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	19380205						
CORREO ELECTRONICO:	JOHAN.AMORTEGUI.VYM@GMAIL.CO				CELULAR:	3143207622						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						KE10						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MATERNIDAD - RECIEN NACIDOS				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	I03 - J09	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570102327								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3366-18			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	9 DE 9					
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	42514	FECHA	30/09/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	CAMILLERO									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							
OBSERVACIONES: Horas laboradas 186										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.266.020
VALOR EJECUTADO	$10.660.320
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$605.700
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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
30401875	$781.242	$97.655	$124.999	3	$19.100	**$241.754**

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

GLORIA INES MUÑOZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CARLOS HUMBERTO AMORTEGUI ROA y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	16/02/2018	
		Código:	04/02/fo/0002	

Ubicación del Servicio:	KENNEDY		**Sede: KENNEDY**						
No. DE CONTRATO:	3366-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS HUMBERTO AMORTEGUI ROA		**C. C.**	19.380.205		**DE**	BOGOTA D.C		

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 **CAMILLERO** 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.Realizar en forma técnica, eficaz y oportuna el transporte de los usuarios a los diferentes servicios y según este indicado para la toma de exámenes diagnósticos.-2.Realizar el traslado de muestras de sangre, fluidos, secreciones etc, al Laboratorio Clínico, UCI, Patología etc., de acuerdo a normas epidemiológicas de Precaución Universal en el manejo de fluidos. -3. Trasladar los usuarios en forma oportuna a citas médicas programadas y Valoraciones por especialidades, según las necesidades de cada uno. 4, Reportar a su jefe inmediato novedades presentadas en el ejercicio de sus actividades. 5, Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en el ejercicio de sus atribuciones.	100%	1-Realizar traslado de paciente a procedimientos y examenes diagnostico,interconsultas 2-Realizar traslado de muestras de laboratorio;patologia formulas medicas insumos y pedido de insumos medico quirurgicos	1-Bitacora 2-Bitacora
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 5. Reclamar y trasladar las Historias Clínicas y documentos que se requieran para el Ingreso de hospitalización la realización de estudios diagnósticos y el Egreso de los pacientes, según sea necesario. -6.Llenar a cabalidad los formatos de 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 firma y sello. 7, Custodiar y cuidar la documentación e información que en nombre de su cargo conserve bajo su cuidado a lo cual tenga acceso.	100%	1-Custodiar historias clinicas en los traslados que se requiera realizar 2-Custodiar y entregar oportunamente ordenes interconsultas y formulas según lo establecido	1-Firma de libro de custodia de historia clinica 2-Bitacora
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 8, Recibir y entregar turno, obteniendo y entregando información detallada de actividades de cada uno de sus pacientes. 9, Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo.	100%	1-Asistir al recibo y entrega de turno en los servicios	1-Libro de recibido y entrega de turno
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 10. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica 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. -11.Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución. -12.Responder y resarcir en forma oportuna al usuario y entes de control ante los requerimientos interpuestos por fallas atribuibles a la prestación del servicio del contrato pactado. 13, Atender necesidades del equipo de trabajo.	100%	1-Cumplir con asignaciones realizadas por la enfermera a cargo	1-Bitacora
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 14. Mantener en impecable estado de aseo los elementos de transporte de los pacientes Como son: Camillas y Sillas de Ruedas, informando sobre las necesidades de Mantenimiento oportuno. -15. 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 2-Realiza desinfeccion de camillas y silas en area asignada	1-Bitacora 2-Lista de Verificacion
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION. 16. Mantener suministro de material para la toma de muestras de Laboratorio, Alcohol, Esparadrapo y material de curación, suficiente para las necesidades del servicio. -17. Llevar los insumos de Farmacia de acuerdo a las solicitudes previas. -18. 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. -19. MANEJO Y CONTROL DE BIENES. El CONTRATISTA deberá enmarcar dentro de los principios de transparencia, eficiencia, economía, eficacia y equidad, consagrados en la Constitución y la Ley, el manejo de los bienes de propiedad o a cargo del Hospital, y en todos los casos será responsable por los bienes entregados para la ejecución del contrato.	100%	1-Traslado a los servicios insumos y material esteril según las solicitadas	1-Bitacora
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 20. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución.	100%	1-Asistir a las capacitaciones programadas por la USSK	1-Formato de capaciton

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.451.780 (UN MILLON DOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCT.)

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: A/P Andrés Rincón

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

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

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

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	19380205
NOMBRES	CARLOS HUMBERTO
APELLIDOS	AMORTEGUI ROA
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	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 10/11/2018 16:12:12 | **Estación de origen:** | 190.25.249.198

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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Carlos Amortegui Roa
CC: 19380205

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	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1013594513	LOPEZ	PAEZ	VANESSA		2018-08	CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	COTIZANTE
CC	1013594513	LOPEZ	PAEZ	VANESSA		2014-01	E.P.S. SANITAS	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	08/2018	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	07/2018	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	06/2018	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	05/2018	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	04/2018	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	03/2018	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	02/2018	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	01/2018	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	12/2017	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	11/2017	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	10/2017	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	09/2017	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	08/2017	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	07/2017	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	06/2017	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	05/2017	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023
CAPITAL SALUD E.P.S. -CM	04/2017	07/04/2017	24	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2014	07/04/2017	5	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2013	07/04/2017	30	COTIZANTE	4023

Cedula Amparo
C.C. 1013 802 284

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CARLOS HUMBERTO AMORTEGUI ROA
No. Identificación: CC19380205
Dirección: CRA 114 146-65
Telefono: 6470541
Correo: johan.amortegui.vym@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 30401875

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CARLOS HUMBERTO AMORTEGUI ROA
Tipo y número de identificación	CC19380205
Número de planilla	30401875
Fecha pago	2018-10-03
Número de autorización pago	318679
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	242100
Total Intereses de Mora	300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19200	1
230301	Porvenir	125100	1
EPS008	Compensar EPS	97800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 19380205
APELLIDOS Y NOMBRES: CARLOS HUMBERTO AMORTEGUI ROA

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	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Carlos Amortegui Roa
CC: 19380205

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

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:	DIANA MARIA MENDOZA RESTREPO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51969093							
CORREO ELECTRONICO:	mendozar0128@gmail.com				CELULAR:	3223679004							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MATERNIDAD				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A24	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570102277								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1267-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	41079	FECHA	30/09/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2018		31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.339.100									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 286 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.026.325
VALOR EJECUTADO	$18.000.900
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.339.100
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
1016242335	$936.000.00	$117.000	$149.800	3	$22.900	**$289.700**

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

Ana Rincon S

ANA TULIA RINCON

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Diana Maria Mendoza R

DIANA MARIA MENDOZA RESTREPO

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ENFERMERIA			**Sede: KENNEDY**						
No. DE CONTRATO:	**1267-2018**	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**DIANA MARIA MENDOZA RESTREPO**		**C. C.**		51.969.093		**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. 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 2-Bitacora de procedimientos 3-Bitacora de procedimientos 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 2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente	1-Anecdotario 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 2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados	1-Libro de inventario 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:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.339.100 (DOS MILLONES TRECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIEN PESOS MCT.)

Diana Tona Mendoza Restrep

DIANA MARIA MENDOZA RESTREPO CC 51.969.093

ANA TULIA RINCON SALCEDO

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-10-17, 12:38:44 PM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: septiembre de 2018 **Periodo Servicio:** septiembre de 2018 **Numéro Planilla:** 1016242335

Referencia pago (PIN): 8894888400

PAGADO 16/10/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARIA MENDOZA RESTREPO		
Documento	CC51969093		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Dirección	CRA 71 C N 62 A - 31
Tipo Persona	NATURAL	Teléfono	3223679004
Ciudad	BOGOTA D.C.	Forma Presentación	ÚNICO
Representante Legal		Departamento	BOGOTA D.C.
Total Afiliados	1	Identificación	
		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	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	Aporte Ministerio	Total
CC 51969093	DIANA MARIA MENDOZA RESTREPO	59	00																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 936.000	$ 149.800	(EPS012) FAMISANAR EPS	$ 936.000	$ 117.000	2.436	$ 936.000	$ 22.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289.700

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
$ 936.000	$ 936.000	$ 936.000	$ 0	$ 149.800	$ 117.000	$ 22.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289.700	$ 0	$ 289.700

Diana Mendoza Restrepo

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	51969093	MENDOZA	RESTREPO	DIANA	MARIA	2018-08	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2018	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2018	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2018	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2017	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2016	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2016	19/10/2012	30	COTIZANTE	4023

Diana María Mendoza Restrepo