INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAZMIN DELGADO ORTIZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.071.578.293						
CORREO ELECTRONICO:	JAZMINDELGADO86@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3203411320						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE 10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	B02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	677904976								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5029-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1				
NÚMERO DE CDP	1147	FECHA	03/07/2018	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		17	7	2018		31	7	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$762.750									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: 90 HORAS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$788.175
VALOR EJECUTADO	$762.750
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$762.750
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$25.425
PORCENTAJE DE EJECUCION	97%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1014510785	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Jazmin Delgado Ortiz
JAZMIN DELGADO ORTIZ
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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS			**Sede:**	KENNEDY				
No. DE CONTRATO:	5029-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			17	7	2018		31	7	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAZMIN DELGADO ORTIZ		**C. C.**	1.071.578.293		**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 BASICAS: 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 diagnostico 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 básicos de enfermeria a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnosticos. 4-Asistir al paciente en sus actividades básicas	1-Anecdotario. 2-Bitácora de procedimientos. 3-Bitácora de procedimientos. 4-Bitácora 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 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 auditoria 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%	1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente	1-Lista de verificación
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 asignación 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-Bitácora y/o lista de verificación
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 protección personal. 2-Realiza aseo y desinfección de camas,camillas e inmobiliano de paciente.	1-Anecdotario. 2-Lista de verificación aseo y desinfección
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 segun 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 perdidas 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 clínicas 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 en el 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 capacitación

OBSERVACIONES: 90 HORAS LABORADAS

TOTAL A PAGAR (Número y letras):	$ 762.750	Setecientos Sesenta y Dos Mil Setecientos Cincuenta Pesos 00/100 Mcte

JAZMIN DELGADO ORTIZ

1.071.578.293

DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-07-30, 04:06:28 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1014510785

Periodo Cotización: julio de 2018 **Periodo Servicio:** julio de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8892154880

PAGADO 27/07/2018 EN HORARIO EXTENDIDO

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAZMIN DELGADO ORTIZ		
Documento	CC1071578293	**Dirección**	CR 98 N 2 32 INT 11 APTO 203
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3888839
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	DELGADO ORTIZ JAZMIN	**Identificación**	CC 1071578293
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	XLS 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
1071578293	JAZMIN DELGADO ORTIZ	59	00	X																0	28	28	28	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 651 035	$ 104 200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 651 035	$ 81 400	2.436	$ 651 035	$ 15 900	(MIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 201 500

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
$ 651 035	$ 651 035	$ 651 035	$ 0	$ 104 200	$ 81.400	$ 15 900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 201 500	$ 1 000	$ 202,500

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
1 DE MAYO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8892154880
PLANILLA : 1014510785
PERIODO : 2018/07
REFERENCIA 2: 8892154880

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	202500
			202500

DOCUMENTO
1807270006917871
CONSECUTIVO: 001

JUL 27, 18 19:35

27/Jul/2018 19:36 3100 06 0149 5287082
(COPIA CLIENTE)

COLSUBSIDIO
1 DE MAYO

AGENTE RETENEDOR DE IVA
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
VV		
693927	RECAUDO PLANILLA S	202.500
	TOTAL --> $	**202.500**
	EFECTIVO	202.500

TOTAL ART. VENDIDOS = 0

ATENDIDO POR: ANGELICA VELANDIA

NUMERO DE BOLSAS: 0
27/Jul/2018 19:36 3100 06 0149 5287082
COLSUBSIDIO
CON TODO LO QUE TE MERECES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

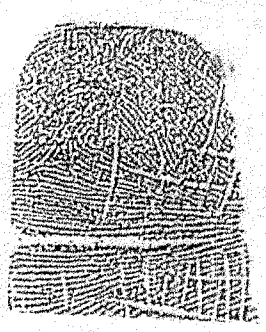
NUMERO 1.071.578.293

DELGADO ORTIZ
APELLIDOS

JAZMIN
NOMBRES



Jazmin Delgado
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1986
CAPARRAPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

16-DIC-2004 CAPARRAPI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1503400-39134613-F-1071578293-20050726 01466 05207A 02 158155550

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14422901385

(415)7707212489984(8020) 000001442290138 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1071578293	1	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1071578293	20041216

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Cundinamarca 25	Caparrapí 148

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DELGADO	ORTIZ	JAZMIN	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: TAMALES TOLIMENSEN DON SIXTO

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 98 2 32 IN 11 AP 203 BRR TIERRA BUENA RESERVADO II

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jazmindelgado86@hotmail.com	0	3203411320	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
5619	20140801	8692	20170731				1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	12																									

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 20171026

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre DELGADO ORTIZ JAZMIN
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 26-10-2017 10:18:10AM

Banco AV Villas

Actualización Cliente

Contrato y Certificación de Productos y Servicios Recibidos - Persona Natural

Fecha de Solicitud
2018/06/21

Ciudad: Bogota	**Oficina:** 677 C.C Tintal Plaza	**Jornada / Hora:** D/10:03:57
Tipo de Cuenta: AHORROS	Cuenta Móvil Individual	**Número Cuenta:** 677904976
Paquete Transaccional: No aplica		**Atendido por:** 1070604002

Productos y Servicios Recibidos

Tarj Débito No. / Manilla de Pagos No.	6013679048653805 /	**Asig Clave Tarj Débito y Manilla de Pagos**	SI

Costo Máximo de Asignación Manilla de Pago:

Este costo podrá variar a favor del cliente, según las condiciones del convenio al cual se encuentre asociado.

Libreta / Chequera No.	0 / 0 del No.0 al 0	**Asignación Clave Audiovillas**	NO
Asociación a Cuenta Matriz No	059016436	**Manejo de Huellas**	NO
Asociación Tarjeta a Cuenta?	**N. Cuenta Origen:**	**Entrega plegable de seguridad**	SI
Recibe Certivillas?	**Si** **No** X	**No Cuenta Certivillas**	
Valor de la transferencia	**$**	**Número de Transferencias**	
Periodicidad	**Semanal** **Quincenal** **Mensual**		

Información de Titular(es)

Titular	Tipo Identificación	Número de Identificación
JAZMIN DELGADO ORTIZ	CC	1071578293
**********		**********
**********		**********
**********		**********

Reglamentos Asociados

Reglamento Cuenta Móvil

Reglamento de Tarjeta Débito **Seguro de Depósitos FOGAFIN**

Este(os) reglamento(s) está(n) a su disposición en nuestra página web www.bancoavvillas.com.co, en el link Información sobre productos y servicios.

Información de Paquetes Transaccionales (Sólo aplica para clientes con paquete transaccional (móvil 3 / Móvil 7 / Móvil 10)

Paquete transaccional	Móvil 3	Móvil 7	Móvil 10
Cuota de manejo mensual	$ 13.500,00	$ 17.500,00	$ 20.450,00
Retiros en Cajeros ATH a nivel nacional	**3**	**7**	**10**
Los 3 paquetes incluyen sin costo adicional	Un (1) Retiro por cualquier en monto en una oficina del Banco AV Villas de la ciudad de radicación de la cuenta. Pagos realizados por agilizadores, Cajeros ATH, Audio; Internet, Banca Móvil (Excepto pago de servicios públicos).		

Declaro que: Acepto y conozco el Paquete Transaccional No aplica asociado a mi Cuenta Móvil, el cual escogí libremente luego de conocer las condiciones y beneficios de cada uno de los paquetes ofrecidos por el Banco AV Villas y los siguientes beneficios adicionales asociados a mi paquete transaccional:
(1) Si he efectuado mínimo seis (6) pagos y/o compras efectivos mensuales con cargo a mi cuenta, incluido el pago de obligaciones financieras, el Banco me devolverá ($1500) de la cuota de manejo de mi paquete transaccional , la cual se realizará el tercer día hábil del mes siguiente y se reflejará en mi extracto con el siguiente nombre: "Devolución parcial de la cuota de manejo".
(2) Al adquirir mi paquete transaccional seré inscrito automáticamente al servicio de Notificaciones vía celular y correo electrónico, siempre y cuando haya registrado

Elección Cuenta de Ahorros para Beneficio Tributario GMF Exención del 4x1000? **SI** X **NO** _____

Cliente / Digitalización