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:	JOSE EDGAR MARIN BUSTOS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	19.477.104							
CORREO ELECTRONICO:	SEGARIN2000@YAHOO.ES				CELULAR:	3142501185							
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	%	
	O31	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	004870307701								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4074-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 1			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP		23066	FECHA	30/04/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	CAMILLERO									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO	
		2	5	2018			31	5	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.009.500									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			$0			

OBSERVACIONES: 150 HORAS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.251.780
VALOR EJECUTADO	$1.009.500
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.009.500
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$242.280
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	81%

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
8327606837	$755.201,00	$94.400	$120.832	3	$18.502	$233.735

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

Ana Rincón S

ANA TULIA RINCON SALCEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOSE EDGAR MARIN BUSTOS
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:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	MATERNIDAD		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	4074-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE EDGAR MARIN BUSTOS		C. C.	19.477.104		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 **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 BASICAS: 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 auditoria 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: 150 HORAS LABORADAS

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,009,500 UN MILLON NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: [signature]

ANA TULIA RINCON SALCEDO: [signature]

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

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. Sí 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	ULTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	19477104	MARIN	BUSTOS	JOSE	EDGAR	2018-04	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	29/05/2003	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	29/05/2003	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	29/05/2003	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	29/05/2003	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	29/05/2003	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	29/05/2003	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	29/05/2003	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	29/05/2003	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2017	29/05/2003	30	COTIZANTE	4023

Señor(a): JOSE EDGAR MARIN BUSTOS
No. Identificación: CC 19477104
Dirección: CRA 2A NO 18 34 SUR
Teléfono: 3617107 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327606837

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	jose edgar marin bustos
Tipo y Número de Identificación	CC 19477104
Número Planilla	8327606837
Fecha de Pago	5/18/2018
Número de Autorización de Pago	27606837
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2018
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2018
Periodo Cotización Caja	Mayo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$236.800
Total Interes Mora	$3.000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-18	Liberty Seguros de Vida	$18.700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$122.400	1
EPS008	Compensar EPS	$95.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 19477104
APELLIDOS Y NOMBRES marin bustos jose edgar

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	0	755.201	755.201	755.201	0	94.500	120.900	18.400	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO 27606837

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

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 1422854980 1

(415)7707212489984(8020) 000001422854980 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
1 9 4 7 1 0 4	4	3 2	

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 1 3	1 9 4 7 7 1 0 4	1 9 8 0 0 8 2 8

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARIN	BUSTOS	JOSE	EDGAR

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección: CR 2 A 18 34 SUR BL 14 AP 204 BRR VELODROMO

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
segarin2000@yahoo.es		8 0 3 4 5 7 2	3 1 4 2 5 0 1 1 8 5

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
8 6 9 9	2 0 0 0 0 2 0 1					5 1 3 2	

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CA | 55. Forma | 56. Tipo

Exportadores

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 3 0 2 0 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: FIERRO BARAHONA JOSE FERNEY

985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF: 02-02-2013 11:02:44AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA, 2018/02/05

Por medio de la presente hacemos constar que el señor JOSE EDGAR MARIN BUSTOS
con Cédula de Ciudadanía número 19477104
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	004870307701
Fecha Apertura	2009/09/25

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH-170-1 REV. IV-0

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.477.104

MARIN BUSTOS

APELLIDOS

JOSE EDGAR

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1961

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

28-AGO-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00159620-M-0019477104-20090619 0012654843A 1 1940004474