

 <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>					Versión	3		 <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div>	
					Fecha de aprobación	2/15/2018			
					Código:	04-02-FO-0002			

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:			LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52975444	
CORREO ELECTRONICO:			adriolaya83@yahoo.es			CELULAR:		3114086776	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			ADM DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE10U07	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488415577326				PENSIONADO		NO

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO		5714			VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP	1663	FECHA	2024-07-10 15:54:37.000	NÚMERO DE CRP	42844	FECHA	2024-07-10 16:16:25.000		

OBJETO DEL CONTRATO:

RADIOOPERADOR

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2024-06-17		2024-06-30

VALOR HONORARIOS MENSUALES:

\$927,625

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A
-------------------	-------------	---------------------	-----

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$927,625
VALOR EJECUTADO	\$927,625
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$927,625
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El intervisor 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 \$2.194,507 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
0	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Ana Maria Berjan Correa
1016040767
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar acciones de auxiliar de enfermería direccionadas, de acuerdo a los programas y Plan de atención integral de enfermería para cada paciente.	Actividades propias de la atención de cada paciente en la ambulancia (revisar Guías de manejo de atención) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado	"Auditorias generadas aleatoriamente en el proceso de traslado. -Auditoria de registros clínicos - Auditorias concurrentes aleatorias"
2. Educar al individuo, familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia.	Actividades propias de la atención de cada paciente en la ambulancia (revisar Guías de manejo de atención) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado	"Auditorias generadas aleatoriamente en el proceso de traslado. -Auditoria de registros clínicos - Auditorias concurrentes aleatorias"
3. Realizar las actividades programadas en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta normas técnicas y administrativas.	Aplica en casos de asistir a apoyar en el servicio de urgencias de cualquiera de las unidades.	Formato de asistencia a otros servicios
4. Reclamar y entregar historias clínicas a Estadística. 5. Administrar medicamentos únicamente bajo supervisión y autorización estricta del profesional de enfermería, según manual de administración de medicamentos con el correcto registro en la historia clínica correspondiente.	Diligenciamiento de la Historia clínica, la lista de chequeo y demás formatos definidos para el traslado de pacientes (Entrega de las HC y demás formatos)	Certificación generada por líder de ambulancia, por apoyo administrativo de la CREAT (se verifica las HC entregadas vs el libro de reporte de traslados)
6. Entrevistar y preparar al paciente de acuerdo a la consulta e impartiendo la educación requerida.	Registros clínicos coherentes y pertinentes	Auditoria de registros clínicos de coherencia y pertinencia
7. Mantener sus respectivos servicios en orden y estricta limpieza, cumpliendo con los procedimientos de limpieza y desinfección institucional. 8. Esterilizar, preparar y responder por el material, equipos y elementos completos bajo su responsabilidad.	Diligenciamiento del formato de Limpieza y desinfección	Entrega del formato de Limpieza y desinfección adecuadamente diligenciado
9. Administrar la dieta prescrita al paciente de acuerdo a normas técnicas científicas.	NA	NA
10. Colaborar en actividades intrahospitalarias y extrahospitalarias para el desarrollo de los programas de salud de la Institución.	Realizar acciones en los diferentes programas de la Institución (programa de seguridad, Humanización entre , medio ambiente)	Adherirse a los programas a través del actuar diario (programa de seguridad del paciente, humanización, política ambiental, política del no fumador)
11. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.	Utilizar los elementos de EPP, Notificar eventos de salud pública en caso de ser necesario, Diligenciar los registros pertinentes	Notificaciones en caso de dificultades, Uso correcto de EPP
12. Participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de salud de la comunidad.	En caso de ser requerido, previo análisis	Cuando aplique previa autorización del personal
13. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.	Trabajo en equipo	Actitud de trabajo en equipo, entregas de turno (se verifica libro de entrega de turno al azar)
14. Solicitar al supervisor los recursos necesarios y hacer uso racional de los bienes bajo su responsabilidad.	Cuidado y control de los insumos, recursos y bienes para el desarrollo de sus actividades	"Manifestaciones de mal uso, reportes de Biomedico. Control de Insumos (Informe generado por apoyo administrativo)"
15. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	Diligenciamiento de Invidas, Kardex.	"Certificación de líder Verificación en segunda instancia (líder, profesional y auxiliar de apoyo)"

Ana Maria Berjan Correa
1016040767
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 11-1/ 2023

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ
Cédula de Ciudadanía número 52975444

La suma de (\$927,625), por concepto de: ACTIVIDADES RELACIONADAS A ADICION EN REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA durante el periodo de 17 al 30 de JUNIO del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No5714-2024

Adriana Olaya
LUZ ADRIANA OLAYA PÉREZ
Cédula de Ciudadanía número 52975444

- **CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**
NUMERO 0550488415577326

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: 2101062024

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: ☒ Cotizante o cabeza de familia B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	Código (a registrar por la EPS) 59
---	--	---	--	------------------------------------

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Olave Segundo Apellido: Perez Tercer Apellido: Juiz Cuarto Apellido: Adriana	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 52975444	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 29/04/1983
--	--------------------------------------	--	---	------------------------------------

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición I P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial Positiva	15. Administradora de riesgos laborales - ARL Calpensiones	16. Administradora de pensiones Calpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC 1300.000	18. Residencia Cía 94th 65 41 Sur	19. Correo electrónico adiolave8304@hco.es	20. Municipio / Distrito Bogotá	21. Zona Urbana ☒ Rural ☐	22. Localidad / Comuna Bogotá

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Olave Segundo Apellido: Perez Tercer Apellido: Juiz Cuarto Apellido: Adriana	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad 52975444	22. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento 29/04/1983
---	------------------------------------	---	--	------------------------------------

24. Apellidos y nombres Primer Apellido: Olave Segundo Apellido: Perez Tercer Apellido: Juiz Cuarto Apellido: Adriana	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad 52975444	27. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐
28. Fecha de nacimiento 29/04/1983	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición I P
32. Datos de residencia Municipio / Distrito Bogotá	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)	34. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)	35. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS) 1016	35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	39. Ubicación Dirección: Teléfono: Correo electrónico: Municipio / Distrito: Departamento:	

40. Tipo de Novedad 1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☒	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte por fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐
---	--	--

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido: Olave Segundo Apellido: Perez Tercer Apellido: Juiz Cuarto Apellido: Adriana	42. Fecha de nacimiento 29/04/1983	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
---	------------------------------------	------------------	-------------------------------	--

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☒
---	--

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
--	--

56. Anexo copia del documento de identidad. CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo. ☐ 62. Documento en que conste la declaración de defunción de los padres. ☐ 63. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 64. Certificado de inscripción a la afiliación colectiva. ☐ 65. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐
--	---

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio: Código del departamento:	67. Datos del SISBEN Número de la ficha: Puntaje: Nivel:	68. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	71. Firma del funcionario	

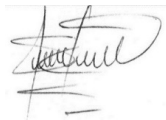
OBSERVACIONES: # parte junio pago julio
Prestar por el operculo en pago y por en subre

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52975444**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de mayo de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ** identificado con **CC No. 52975444**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051	Fecha de inicio de cobertura : 01/05/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015437323.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.