| 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 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 |
| | | Código | 04-02-FO-0002 |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JENNIFER STEFANIA HUERFANO CRUZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.031.156.205 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | NCESITASTEFANIA2011@HOTMAIL.C | | | | CELULAR: | 3124078766 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KE10 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | % | |
| | KE10B03 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCAI | 570111120 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2447 DEL 2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 8 DE 8 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1174 | FECHA | 29/08/2019 | NÚMERO DE CRP | 39089 | FECHA | 31/08/2019 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 9 | 2019 | | 30 | 9 | 2019 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.671.024 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES:186 HORAS

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $13.862.038 |
| VALOR EJECUTADO | $13.853.328 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | **$1.671.024** |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $8.710 |
| 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 **$2,070,290**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1023105373 | $828.116 | $103.515 | $132.499 | 3 | $20.173 | **$256.186** |

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

DIANA MARITZA BELTRÁN BEJARANO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jennifer Stefania Huerfano Cruz
JENNIFER STEFANIA HUERFANO CRUZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



Escaneado con CamScanner

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:** | URGENCIAS | | | **Sede:** | KENNEDY | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 2447 De 2019 | **Período certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 9 | 2019 | | 30 | 9 | 2019 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JENNIFER STEFANIA HUERFANO CRUZ | | **C. C.** | 1,031,156,205 | | | **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% | 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades.<br>2-Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados.<br>3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos.<br>4-Asistir al paciente en sus actividades básicas | 1-Anecdotario.<br>2-Bitácora de procedimientos.<br>3-Bitácora de procedimientos.<br>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 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% | 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.<br>2-Realiza aseo y desinfección de camas,camillas e inmobiliario de paciente. | 1-Anecdotario.<br>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 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.<br>2-Custodia historias clínicas de pacientes asignados. | 1-Libro de inventario.<br>2-Registro del traslado de historias clínicas de la unidad. |
| **CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 3**1. 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 capacitación |

**OBSERVACIONES: 186 HORAS**

**TOTAL A PAGAR : $1,671,024 ( MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL VEINTI CUATRO PESOS MCT.)**

Jennifer Stefania Huerfano Cruz

**JENNIFER STEFANIA HUERFANO CRUZ**

**DIANA MARITZA BELTRÁN BEJARANO**

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



Escaneado con CamScanner

# COLSUBSIDIO
1 DE MAYO

*AGENTE RETENEDOR DE IVA*
NIT 860.007.336-1

| Código | Descripción | Valor |
|---|---|---|
| VV | | |
| 693927 | RECAUDO PLANILLA S | 257.500 |
| | **TOTAL --> $** | **257.500** |
| | EFECTIVO | 300.000 |
| | **CAMBIO** | **42.500** |

TOTAL ART. VENDIDOS = 0

ATENDIDO POR: ANA RITA HERNANDEZ

NUMERO DE BOLSAS: 0

09/Sep/2019 10:06 3100 07 0099 5237061

COLSUBSIDIO

CON TODO LO QUE TE MERECES

Jennifer Stefanny Herrera 0107

Escaneado con CamScanner

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

La salud es de todos | Minsalud

# 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 | 1031156205 |
| NOMBRES | JENNIFER STEFANIA |
| APELLIDOS | HUERFANO CRUZ |
| 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 | MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO | CONTRIBUTIVO | 01/12/2015 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** 09/10/2019 07:24:16 | **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.

Jennifer Stefania Huerfano Cruz

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



Escaneado con CamScanner

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de Seguridad Social |
| Fecha | 2019-09-09, 10:05:48 AM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | agosto de 2019 |
| Periodo de Cotización Para Salud | agosto de 2019 |
| Empresa | JENNIFER STEFANYA HUERFANO CRUZ |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 1031156205 |
| Código Sucursal (Nombre) | ( ) |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 8803891210 / 1023105373 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | |
| Banco | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| Valor | $ 257.500 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 1 | $ 132.500 | $ 600 |
| N901097473 | EPS044 | MEDIMAS EPS | 1 | $ 103.600 | $ 500 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 20.200 | $ 100 |
| | | | SubTotales: | $ 256.300 | $ 1.200 |
| | | | Total a Pagar: | | $ 257.500 |

Jennifer Stefani
Huerfano C.C



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Escaneado con CamScanner