| 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 | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JOAN SNEYDER SILVA ARENAS | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1000126086 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | jhoansilva1013@gmail.com | | | | CELULAR: | 3014523299 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A D RADIOLÓGICA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE10L02 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 52449048 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1390 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1614 | FECHA | 2025-08-11 13:02:55.000 | NÚMERO DE CRP | 34349 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2025-09-01 | | 2025-09-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,074,680 | | | | | | |
| 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: | $19,294,524 |
| VALOR EJECUTADO | $16,874,064 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,074,680 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,420,460 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 87% |

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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8389630453 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
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

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades | 1.cumplo con el porte de los elemntos de los elementos basicos,para el desarrollo de mis actividades. | 1,prepare los elemntos necesarios para el desarrollo de mis actividades. |
| 2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento | 2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades. | 2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades. |
| 3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente. | 3 ejecuto cada actividad asignada segun corresponde | 3.cumpli con mis actividades de forma responsable y siguiendo los protocolos establecidos. |
| 4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada | 4.realizo mis actividades y procedimientos con una tecnica adecuada. | 4.realice mis procedimientos, siguiendo los protocolos. |
| 5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. | 5.arreglo ,limpio y organizo la unidad. | 5.firmo acta de limpieza y desinfeccion. |
| 6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales | 6.preparo y colaboro a los pacientes, para la realizacion de su examen. | 6.realice mi registro de notas de enfermeria con cada actividad. |
| 7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados. | 7.asisto de manera oportuna y eficaz a mis pacientes en cada una de sus actividades. | 7.desarrolle mi nota de enfermeria en la aplicación de dinamica. |
| 8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados. | 8.no aplica en nuestro servicio. | 8.no aplica en nuestro servicio. |
| 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 correspiondiente a sus subordinados. | 9.Realizo todas las actividades para la cuales fui contratado y respondo por cada una de ellas,siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad de todo el equipo de trabajo el cumplir a cabalidad con nuestro trabajo. | 9. Libro de entrega de turno y actas. |
| 10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades. | 10.dedico la totalidad del tiempo para el desarrollo de mis actividades contractuales. | 10.regitro en el formato de recibo y entrega de turno. |
| 11 Recibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografía). | 11recibo y entrego turno con todas las novedades | 11.libro de entrega de turno. |
| 12) Atender las necesidades del equipo de trabajo. | 12atiendo las necesidades de mi equipo de trabaj | 12. soy eficiente y eficaz |
| 13) Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia. | 13 explico los procedimientos que se van a realizar a los pacientes y a su acompañante. | 13 acta de consentimiento informa |
| 14) 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. | 14.respeto los derechos y trato con etica a todos los pacientes. | 14 actas de acreditacion |
| 15) Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo. | 15. trato con respeto y de la mejor forma a las personas de mi entorno. | 15 trato con respeto a todas las personas a mi alrededor |
| 16) 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. EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD. | 16 .cumplo con todas las disposiciones impartidas por mi jefe inmediato. | 16.firma de actas de compromiso. |
| 17) Aplicar los principios de técnica aséptica. | 17 ,aplico los principios de tecnica aseptica. | 17.carpeta de control de desinfeccion y limpieza. |
| 18) Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos. | 18 .aplico las normas de bioseguridad en el manejo de fluidos. | 18.carpeta de control de desinfeccion y limpieza. |
| 19) 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. | 19.cumplo con todos los protocolos establecidos en el programa de salud ocupacional. | 19.apliactivo almera. |
| 20) Vigilar e informar faltantes del inventario. | 20 vigilo e informo faltantes de inventario. | 20.libro de registro de invetario. |
| 21) Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales. | 21. mantengo limpios y ordenados todos los equipos y materiales utilizados. | 21.carpeta de control de desinfeccion y limpieza de equipos. |
| 22) 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. | 22. hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor. | 22 libro de control. |
| 23) Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución. | 23.porto el carnet durante todo mi turno. | 23 porto mi uniforme completo. |
| 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. ademas anexar las certificaciones de cumplimiento en la plataforma secop II" | 24 realizo la correcta aficion y pago al sistema de seguridad social | 24 entrego constancia de pago al sistema de seguridad soacial |
| 25) Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. | 25salvaguardo todos los elementos dejados a mi cargo. | 25 libro de entrega de turno. |
| 26) Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo. | 26.gestiono de acuerdo a lo establecido las novedades. | 26 informo todas las novedades a mi jefe inmediato |
| 27) Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan | 27 vigilo y suministro los insumos necesarios para realizar las actividades | 27 libro de entrega y recibo de turno, libro de insumos. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 28) Asistir a reuniones del servicio incluido encuentro de aprendizaje continuo | 28. asistir a reuniones del servicio | 28. asistir a encuentros de aprendizaje continuo |

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
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

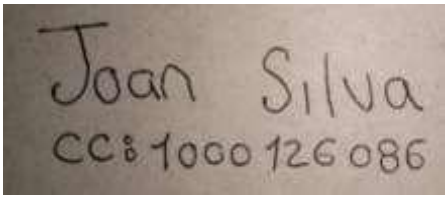
Copia Certificada
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**
**JOAN SNEYDER SILVA ARENAS**
**CC 1.000.126.086 de Bogotá**

**La suma de $ 2.074.680 Dos millones setenta y cuatro mil seiscientos ochenta Pesos M/CTE) por concepto de Prestación de Servicios de Auxiliar de Enfermería USS Kennedy durante el periodo del 1 de SEPTIEMBRE al 30 de SEPTIEMBRE de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1390-2025**




**JOAN SNEYDER SILVA ARENAS**
**CC 1.000.126.086 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**

**NUMERO 052449048**

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

**Señor(a):** JOAN SNEYDER SILVA ARENAS
**No. Identificación:** CC1000126086
**Dirección:** CL 33 N 1-29
**Telefono:** 3014523299
**Correo:** jhoansilva1013@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8389630453

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | JOAN SNEYDER SILVA ARENAS |
| **Tipo y número de identificación** | CC1000126086 |
| **Número de planilla** | 8389630453 |
| **Fecha pago** | 2025-09-24 |
| **Número de autorización pago** | 27355945 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | agosto de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | agosto de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 442300 |
| **Total Intereses de Mora** | 1800 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 34900 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 228700 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 178700 | 1 |

8389630453

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1000126086
APELLIDOS Y NOMBRES: JOAN SNEYDER SILVA ARENAS

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 230301 | 1423500 | 1423500 | 1423500 | 0 | 178000 | 0 | 227800 | 0 | 34700 | 0 |

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 | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JOAN SNEYDER SILVA ARENAS | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1000126086 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | jhoansilva1013@gmail.com | | | | CELULAR: | 3014523299 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | A D RADIOLÓGICA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE10L02 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 52449048 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1390 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1614 | FECHA | 2025-08-11 13:02:55.000 | NÚMERO DE CRP | 34349 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-08-01 | | 2025-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,005,524 | | | | |
| 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: | $19,294,524 |
| VALOR EJECUTADO | $14,799,384 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,005,524 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,495,140 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 77% |

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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 88481642 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
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

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades | 1.cumplo con el porte de los elemntos de los elementos basicos,para el desarrollo de mis actividades. | 1,prepare los elemntos necesarios para el desarrollo de mis actividades. |
| 2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento | 2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades. | 2.prepare los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades. |
| 3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente. | 3 ejecuto cada actividad asignada segun corresponde | 3.cumpli con mis actividades de forma responsable y siguiendo los protocolos establecidos. |
| 4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada | 4.realizo mis actividades y procedimientos con una tecnica adecuada. | 4.realice mis procedimientos, siguiendo los protocolos. |
| 5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. | 5.arreglo ,limpio y organizo la unidad. | 5.firmo acta de limpieza y desinfeccion. |
| 6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales | 6.preparo y colaboro a los pacientes, para la realizacion de su examen. | 6.realice mi registro de notas de enfermeria con cada actividad. |
| 7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados. | 7.asisto de manera oportuna y eficaz a mis pacientes en cada una de sus actividades. | 7.desarrolle mi nota de enfermeria en la aplicación de dinamica. |
| 8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados. | 8.no aplica en nuestro servicio. | 8.no aplica en nuestro servicio. |
| 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 correspiondiente a sus subordinados. | 9.Realizo todas las actividades para la cuales fui contratado y respondo por cada una de ellas,siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad de todo el equipo de trabajo el cumplir a cabalidad con nuestro trabajo. | 9. Libro de entrega de turno y actas. |
| 10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades. | 10.dedico la totalidad del tiempo para el desarrollo de mis actividades contractuales. | 10.regitro en el formato de recibo y entrega de turno. |
| 11 Recibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografía). | 11recibo y entrego turno con todas las novedades | 11.libro de entrega de turno. |
| 12) Atender las necesidades del equipo de trabajo. | 12atiendo las necesidades de mi equipo de trabaj | 12. soy eficiente y eficaz |
| 13) Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia. | 13 explico los procedimientos que se van a realizar a los pacientes y a su acompañante. | 13 acta de consentimiento informa |
| 14) 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. | 14.respeto los derechos y trato con etica a todos los pacientes. | 14 actas de acreditacion |
| 15) Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo. | 15. trato con respeto y de la mejor forma a las personas de mi entorno. | 15 trato con respeto a todas las personas a mi alrededor |
| 16) 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. EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD. | 16 .cumplo con todas las disposiciones impartidas por mi jefe inmediato. | 16.firma de actas de compromiso. |
| 17) Aplicar los principios de técnica aséptica. | 17 ,aplico los principios de tecnica aseptica. | 17.carpeta de control de desinfeccion y limpieza. |
| 18) Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos. | 18 .aplico las normas de bioseguridad en el manejo de fluidos. | 18.carpeta de control de desinfeccion y limpieza. |
| 19) 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. | 19.cumplo con todos los protocolos establecidos en el programa de salud ocupacional. | 19.apliactivo almera. |
| 20) Vigilar e informar faltantes del inventario. | 20 vigilo e informo faltantes de inventario. | 20.libro de registro de invetario. |
| 21) Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales. | 21. mantengo limpios y ordenados todos los equipos y materiales utilizados. | 21.carpeta de control de desinfeccion y limpieza de equipos. |
| 22) 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. | 22. hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor. | 22 libro de control. |
| 23) Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución. | 23.porto el carnet durante todo mi turno. | 23 porto mi uniforme completo. |
| 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. ademas anexar las certificaciones de cumplimiento en la plataforma secop II" | 24 realizo la correcta aficion y pago al sistema de seguridad social | 24 entrego constancia de pago al sistema de seguridad soacial |
| 25) Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. | 25salvaguardo todos los elementos dejados a mi cargo. | 25 libro de entrega de turno. |
| 26) Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo. | 26.gestiono de acuerdo a lo establecido las novedades. | 26 informo todas las novedades a mi jefe inmediato |
| 27) Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan | 27 vigilo y suministro los insumos necesarios para realizar las actividades | 27 libro de entrega y recibo de turno, libro de insumos. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 28) Asistir a reuniones del servicio incluido encuentro de aprendizaje continuo | 28. asistir a reuniones del servicio | 28. asistir a encuentros de aprendizaje continuo |

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

### Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Si ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | JOAN SNEYDER SILVA ARENAS.zip | JOAN SNEYDER SILVA ARENAS.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro Febrero.pdf | Cuenta de cobro Febrero.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro marzo.pdf | Cuenta de cobro marzo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de corbro abril.pdf | Cuenta de corbro abril.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro mayo.pdf | Cuenta de cobro mayo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro junio.pdf | Cuenta de cobro junio.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA COBRO JULIO 2025.pdf | CUENTA COBRO JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**Administradora de los Recursos del Sistema**
**General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1000126086 | SILVA | ARENAS | JOAN | SNEYDER | 2022-08 | EPS SANITAS | BENEFICIARIO |
| CC | 1000126086 | SILVA | ARENAS | JOAN | SNEYDER | 2025-09 | EPS SANITAS | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS SANITAS | 09/2025 | 26 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS SANITAS | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2022 | 2 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2022 | 28 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2022 | 16 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2022 | 14 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2022 | 0 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2022 | 0 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2022 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2022 | 0 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2021 | 28 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2021 | 2 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2021 | 15 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2021 | 15 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2021 | 0 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2021 | 0 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2021 | 0 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS SANITAS | 05/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2021 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2020 | 15 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2020 | 30 | BENEFICIARIO | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.