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
		Fecha de aprobación	16/02/2018
		Código	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FRANK OMAR CASTELLANOS LUENGAS							NO.	1.101.176.789				
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E					CELULAR:	3188165042				
CORREO ELECTRONICO:	bracertlu@hotmail.com							KE10					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SEDE:	Kennedy				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS												
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	000570100991								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2896 DEL 2020			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6		
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	23708	FECHA	30/04/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERÍA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	7	2020		31	7	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.790.400								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			$0				

OBSERVACIONES:HORAS LABORADAS 192

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12.085.200
VALOR EJECUTADO	$11.861.400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.790.400
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$223.800
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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 **$2.194,508** 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
1030907889	$877.803	$109.725	$140.448	3	$21.383	$271.557

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de JULIO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

FRANK CASTELLANOS

FRANK OMAR CASTELLANOS LUENGAS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

Escaneado con CamScanner

ACTIVIDADES

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	1
		Fecha de aprobación	[illegible]
		Código	[illegible]

Dependencia del Servicio	URGENCIAS		Sede:	KENNEDY					
No. De CONTRATO	2696 DE 2020	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	7	2020		31	7	2020
Nombre del CONTRATISTA	FRANK OMAR CASTELLANOS LUENGAS		C. C.	1.101.178.789		DE	FUENTE NACIONAL		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista actuará por su propia cuenta 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: Productivo: SI ___ NO ___ Servicios: SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ACTIVIDADES BASICAS: Hacer uso de elementos básicos para el desarrollo de sus actividades - [illegible]	100%	1.Dota uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades 2.Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados 3.Preparar paciente para exámenes especiales y/o medico diagnósticos 4.Asistir al paciente en sus actividades básicas	1-Anecdotario 2-Bitácora de procedimientos 3-Bitácora de procedimientos 4-Bitácora de procedimientos
[illegible]	100%	1.Realizar registros en forma clara y ordenada cronológicamente	1-Lista de verificación
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: [illegible]	100%	1.Realizar recibo y entrega de turno	1- Libro de recibo y entrega de turno con asignación diaria
[illegible]	100%	1.Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio	1-Bitácora y/o lista de verificación
[illegible]	100%	1.Usa los elementos de protección personal 2.Realiza aseo y desinfección de camas camillas e inmobiliario de paciente	1-Anecdotario 2-Lista de verificación aseo y desinfección
[illegible]	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 clínicas de la unidad
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. El Personal que diagnostico necesidades de capacitación o cargo de su área para la posterior realización	100%	1.Asiste a las capacitaciones programadas en la USSN	1-Formato de asistencia de capacitación

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 192

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.799.400 (UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS MCT.)

FRANK CASTELLANOS

FRANK OMAR CASTELLANOS LUENGAS CC 1101178789

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

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-07-02, 04:28:26 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1030907889

Periodo Cotización 202006 **Periodo Servicio** 202006

Cliente:

PAGADA 2020-07-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FRANK OMAR CASTELLANOS LUENGAS				
Documento	CC 1101176789	**Dirección**	CL 60 SUR #83 A - 11 CL 60 SUR 83A 11		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3188165042		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1101176789		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CASTELLANOS LUENGAS FRANK OMAR	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF			
															0	30	30	30	30			$ 877.803

Pensión							Salud					
Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
230201		16 %	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 877.803	$ 109.800	$ 0

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
14-11	3	2.436 %	$ 877.803	$ 21.400	CCF21	0.6 %	$ 877.803	$ 5.300	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 21.400	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 277.000

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Escaneado con CamScanner

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	1101176789
NOMBRES	FRANK OMAR
APELLIDOS	CASTELLANOS LUENGAS
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	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	13/05/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/10/2020 14:59:03	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 d 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a 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 Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, estable 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 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 reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complement 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 esta página, por favor remítase a la EPS en la cua encuentra afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta activida EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

Escaneado con CamScanner





Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

Documentos de ejecución del contrato

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FRANK OMAR CASTELLANOS LUENGAS

C.C 1101176789 DE PUENTE NACIONAL

La suma de UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS,(1.790.400) por concepto de: prestación de servicios como auxiliar de enfermería como auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias de la unidad de Kennedy, durante el periodo de 01 al 31 de JULIO 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2896-2020

FRANK CASTELLANOS

FRANK OMAR CASTELLANOS LUENGAS

C.C.1101176789 DE PUENTE NACIONAL

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000570109991

Escaneado con CamScanner