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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ORLINDA HERRERA JARAMILLO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 39.626.698 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | indaherrerajaramillo76@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3144262763 | | | | | | |
| 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 | % |
| | KE10J02-CV | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCAF | 570107540 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2879 DEL 2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 7 DE 7 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1052 | FECHA | 22/07/2020 | NÚMERO DE CRP | 30849 | FECHA | 31/07/2020 | | | |
| | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 8 | 2020 | | 31 | 8 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.790.400 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACION: 192 HORAS LABORADAS

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $12.253.050 |
| VALOR EJECUTADO | $11.973.300 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.790.400 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $279.750 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *43926935* | $877.803 | $109.725 | $140.448 | 3 | $21.383 | $271.557 |

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

**ROSA INES LEON**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**ORLINDA HERRERA JARAMILLO**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**



Escaneado con CamScanner

ACTIVIDADES

| | | | |
|---|---|---|---|
| arta de Salud<br>ed Integrada de Servicios de Salud<br>Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión<br>Fecha de aprobación<br>Código | 3<br>3/04/2017<br>SA-02-FO-0003 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicio: | UCI 4 | | | Sede: | KENNEDY | | | | | |
| ITRATO: | 2879 De 2020 | Periodo certificado desde el | | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | | 1 | 8 | 2020 | | 31 | 8 | 2020 |
| E DEL CONTRATISTA: | ORLINDA HERRERA JARAMILLO | | | C. C. | 39.626.698 | | DE | FUSAGASUGA | | |

**TO 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 ERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**esultado 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:*** 31. 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: 192 HORAS LABORADAS***

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.790.400 ( UN MILLON SETECIENTOS NOVENTAMIL CUATROCIENTOS PESOS MCT.)**

ORLINDA HERRERA JARAMILLO C.C. 39.626.698

ROSA INES LEON

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



Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | |
| CC | 39626698 | ORLINDA HERRERA JARAMILLO | | CL 63 5C-26 ESTE | 7640498 | lindaherrerajaramillo76@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-07 | 2020-07 | I | 08/07/2020 | 439269935 | $271.700 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 109.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 109.800 | 1 |

### TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 140.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 140.500 | 1 |

### TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 21.400 | | | | 21.400 | 0 | 0 | 21.400 | | | 214 | 21.400 | 1 |

### TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

### TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 109.800 | 109.800 |
| Pensión | 1 | 140.500 | 140.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 21.400 | 21.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 271.700 | 271.700 |

PAGADA
439269935

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

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 | 39626698 |
| NOMBRES | ORLINDA |
| APELLIDOS | HERRERA JARAMILLO |
| 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 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 01/05/2012 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 08/10/2020 00:04:22 | **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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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:**

**ORLINDA HERRERA JARAMILLO**

**C.C 39.626.698 DE FUSAGASUGA**

La suma de UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE (1.790.400), por concepto de prestación de servicios como Auxiliar de enfermería en el área de Cuidados intensivos UCI 4 CV de la unidad de Kennedy, durante el periodo de 01 al 31 de AGOSTO DEL 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2879-2020.

**ORLINDA HERRERA JARAMILLO**

**C.C 39.626.698 DE FUSAGASUGA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**

**NUMERO 570107540**

Escaneado con CamScanner