| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| **Ubicación del Servicio:** | **UNIDAD RENAL** | | | | | **Sede: KENNEDY** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | **2114-2020** | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | | |
| | | | **1** | **6** | **2.020** | | **30** | **6** | **2.020** | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | **HERNANDO JOSE GUZMAN VILLANUEVA** | **C. C.** | **1,032,421,723** | | | **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 **PROFESIONAL**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI __X__ NO _____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar. -2. Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería. -3. Realizar procedimientos especiales - 4.Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el médico tratante. Usuario -5.Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio. -6.Preparar y administrar, mezclas, diluciones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas. -7.Revisar Historias Clínicas, actualizar Kárdex, tarjetas de droga, S/normas Institucionales. -8.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. 9. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades - 10. 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. -11. 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. 12. 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-Revisar Historia Clinica,Actualizar,Kardex y Tarjata de medicamentos, Registra plan de cuidado 3-Supervisar y firmar las notas de enfermeria al personal a cargo | 1-Anecdotario 2-Historias Clinicas Revisadas.<br>3-Registro de enfermeria con firma |
| REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 14. Cotejar las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo. -15.Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente. -16.Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. -17.Llenar a cabalidad los formatos de 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 firma y sello. -18.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. | 100% | 1-Realizar los procedimientos de enfermeria asignados al profesional<br>2-Realizar dos auditorias mensuales de registros de enfermeria | 1-Bitacora 2-Lista<br>medicion de adherencia |
| RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 19 .Recibir y entregar turno, obteniendo y dando la información detallada sobre la actividad desarrollada con cada uno de los pacientes. | 100% | 1-Realizar recibo y entrega de turno según procedimiento institucional<br>2-Realizar asignaciones del recurso humano que se tiene a cargo | 1-Libro de recibo y entrega de turno 2-<br>Formato de asignacion de actividades |
| RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 20. Atender las necesidades del equipo de trabajo. - 21.Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo. -22.Explicar procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/o familia. -23.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.- 24. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-25. 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-Verificar la realizacion del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo | 1-Lista de verificacion |
| EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 26. Aplicar los principios de técnica aséptica.- 27. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales. -28. 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 su 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-Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad | 1-Asignacion de desinfeccion 2-Verificacion<br>terminal fin de semana diario |
| MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: 29. Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, manteniendo con ellos el registro de mantenimiento. -30. Revisar las necesidades del servicio y mantener los elementos adecuados.-31. 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. -32.Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.-33. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.-34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-35.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-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clinicas de los pacientes a curso | 1-Libro de inventario firmado por el profesional |
| CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 35. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 36. Identificar necesidades de capacitación detrás de su grupo de trabajo, promoviendo capacitaciones internas en su área. | 100% | 1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institucion en el servicio | 1-Formato de capacitacion |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.883.384 (DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MCT)**

| NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: HERNANDO JOSE GUZMAN VILLANUEVACC: 1,032,421,723<br>BOGOTA_____ | SUPERVISOR; LUDY ANDREA CUBILLOS |
|---|---|

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

| | | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br>G | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión: **3**<br>Fecha de aprobación: **15/02/2018**<br>Código: **04-02-FO-0002** | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |

| **INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA** | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | HERNANDO JOSE GUZMAN VILLANUEVA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.032.421.723 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | HERNANCHO529@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3212726661 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E,S,E** | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UNIDAD RENAL | | | | SEDE: | KE10 | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10 J17 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 229-435776-88 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| **INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | **2114-2020** | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | **5 DE 6** | | | |
| NÚMERO DE CDP | **574** | FECHA | 20/04/2020 | **NÚMERO DE CRP** | **22986** | **FECHA** | **30/04/2020** | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **PROFESIONAL DE ENFERMERIA** | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | **DESDE** | DIA | MES | AÑO | **HASTA** | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 6 | 2020 | | 30 | 6 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.883.384 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| **CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $18.227.106 |
| VALOR EJECUTADO | $14.416.920 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.883.384 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.810.186 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 79% |

**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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9406856015 | $1.153.353,00 | $144.169 | $34.700 | 3 | $28.096 | **$207.000** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de JUNIO del dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

| | |
|---|---|
| **LUDY ANDREA CUBILLOS** | **HERNANDO GUZMAN VILLANUEVA** |
| **NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:** | **NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA** |

PP

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1032421723 | | GUZMAN VILLANUEVA HERNANDO JOSE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 40 # 68 h-17 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4555555 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-05 | 2020-05 | 643638229 | 9406856015 | I | 2020/06/05 | 2020/06/04 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $278,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,554,000 | $46,700 | | | $1,554,000 | $194,300 | | | $0 | $0 | | | $1,554,000 | $37,900 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,554,000 | $46,700 | | | $1,554,000 | $194,300 | | | $0 | $0 | | | $1,554,000 | $37,900 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,554,000 | $46,700 | | | $1,554,000 | $194,300 | | | $0 | $0 | | | $1,554,000 | $37,900 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1032421723 | GUZMAN HERNANDO | 230301 | 30 | $1,554,000 | $46,700 | EPS008 | 30 | $1,554,000 | $194,300 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,554,000 | $37,900 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,554,000 | $46,700 | | | $1,554,000 | $194,300 | | | $0 | $0 | | | $1,554,000 | $37,900 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1032421723 | | GUZMAN VILLANUEVA HERNANDO JOSE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 40 # 68 h-17 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4555555 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-05 | 2020-05 | 643638229 | 9406856015 | I | 2020/06/05 | 2020/06/04 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $278,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $46,700 | $0 | $0 | $46,700 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $46,700 | $0 | $0 | $46,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $37,900 | $0 | $0 | $37,900 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $37,900 | $0 | $0 | $37,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $194,300 | $0 | $0 | $194,300 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $194,300 | $0 | $0 | $194,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $278,900 | $0 | $0 | $278,900 |

# MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS
## DATOS EN DECRETO 780 DE 2016

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| TIPO ID | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1032421723 | GUZMAN | VILLANUEVA | HERNANDO | HERNANDO | 2017-02 | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE |
| CC | 1032421723 | GUZMAN | VILLANUEVA | HERNANDO | JOSE | 2020-04 | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE |
| CC | 1032421723 | GUZMAN | VILLANUEVA | HERNANDO | JOSE | 2017-06 | COMPENSAR E.P.S. | BENEFICIARIO |
| CC | 1032421723 | GUZMAN | VILLANUEVA | HERNANDO | JOSE | 2015-01 | FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO |
|---|---|---|---|
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2020 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 03/2020 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 02/2020 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 01/2020 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 12/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 11/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 10/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 09/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 08/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 07/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 06/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 05/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2019 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 03/2019 | 30 | COTIZANTE |

14 FERNANDO JOSE GUZMAN V.

Escaneado con CamScanner