...integrada de Servicios de Salud
...r Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04.02.FO.0065

Servicio:	URGENCIAS			**Sede:**	KENNEDY					
RATO:	5418-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2020		30	9	2020
CONTRATISTA:	ANNY FERNANDA RUIZ DUARTE		**C. C.**		1.018.481.468	**DE**	BOGOTA		

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 DE** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

el cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI __X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Realizar procedimientos especiales - 4.Velar porque la atención del paciente cumpla nado por el médico tratante. Usuario -5.Participar en la revista y valoración médica s del servicio. -6.Preparar y administrar, mezclas, diluciones y medicamentos de los cuerdo a las normas establecidas. -7.Revisar Historias Clínicas, actualizar Kárdex, ga, S/normas Institucionales. -8.Realizar personalmente las actividades objeto del o cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin nto de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades -10. Cumplir con las que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los s y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. -11. Realizar e las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el s actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe ondiente a sus subordinados. 12. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento ades.	100%	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Revisar Historia Clinica,Actualizar,Kardex y Tarjeta de medicamentos, Registra plan de cuidado. 3-Supervisar y firmar las notas de enfermería al personal a cargo	1-Anecdotario. 2-Historias Clínicas Revisadas. 3-Registro de enfermería con firma
OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES 14. Cotejar las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por upo de trabajo. -15.Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los iendo el Registro correspondiente. -16.Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas es acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. - cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las ies, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la Institución, toda actuación con su firma y sello. -18.Custodiar y cuidar la documentación e que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la destrucción, ocultamiento o utilización indebida.	100%	1-Realizar los procedimientos de enfermería asignados al profesional. 2-Realizar dos auditorias mensuales de registros de enfermería.	1-Bitácora. 2-Lista medición de adherencia
ENTREGA DE TURNO: 19 .Recibir y entregar turno, obteniendo y dando la información bre la actividad desarrollada con cada uno de los pacientes.	100%	1-Realizar recibo y entrega de turno según procedimiento institucional. 2-Realizar asignaciones del recurso humano que se tiene a cargo	1-Libro de recibo y entrega de turno. 2-Formato de asignación de actividades
ES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, CION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 20. Atender las necesidades del trabajo. - 21.Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo. - procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/o familia. -23.Respetar los el paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios os, como en Urgencias y Hospitalización.- 24. Tratar con respecto, imparcialidad y las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-25. Cumplir con las nes que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los ntos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	100%	1-Verificar la realización del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo	1-Lista de verificación
OLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 26. Aplicar los principios de técnica aséptica.- 27. s normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales. -28. Cumplir sentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud nal, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según su actividad a realizar en la n. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de cia 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-Asignación de desinfección. 2-Verificación terminal fin de semana diario
, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION. ervar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, manteniendo con registro de mantenimiento. -30. Revisar las necesidades del servicio y mantener los os adecuados.-31. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la n y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de idades contractuales. -32.Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio os parámetros de la institución.-33. Salvaguardar los bienes que se entregan para el eño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta -34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, s, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-35.Utilizar los bienes y s asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para que correspondan.	100%	1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clínicas de los pacientes a curso	1-Libro de inventario firmado por el profesional
ITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 35. Asistir a todas acitaciones programadas por la institución. 36. Identificar necesidades de capacitación detrás rupo de trabajo, promoviendo capacitaciones internas en su área.	100%	1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institución en el servicio	1-Formato de capacitación

RVACIONES: HORAS LABORADAS 180 horas

L A PAGAR (Número y letras): $ 5,400,000 (cinco millones cuatrocientos mil pesos m/cte)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	**ROSA INES LEON**

l 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 AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018481468	ANNY FERNANDA RUIZ DUARTE		Cll 72A bis sur 78B-26	3222518667	Annyfruiz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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
					1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGA
2020-08	2020-08	I	08/09/2020	45239425	$579.200

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	234.000	0		0		0	0	0	0	234.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	299.600	0	0	0	0	0	0		299.600	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	800937900-5	45.600				45.600	0	0	45.600			456	45.600	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	234.000	234.000
Pensión	1	299.600	299.600
Riesgos Laborales	1	45.600	45.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	579.200	579.200

45239425

Escaneado con CamScanner

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018481468	ANNY FERNANDA RUIZ DUARTE		CR 72A bis sur 78B-25	3222518867	Annyfruiz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2020-08	2020-08	I	08/09/2020

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF	
n.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Activo	Extranjero	Cotiza exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF
1	CC	1018481468	RUIZ DUARTE ANNY FERNANDA	59	C			N							4										23301	1.871.904	299.600	0	0	0	0	EPS008	1.871.904	234.000	14-11	1.871.904	3	45.603		0

PAGADO

Escaneado con CamScanner

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	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANNY FERNANDA RUIZ DUARTE												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018481468							
CORREO ELECTRONICO:	ANNYFRUIZ@GMAIL.COM				CELULAR:	3222518667							
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 BANCARIA	550009400840865								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5418-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 de 3			
NÚMERO DE CDP	1242	FECHA	27/08/2020	NÚMERO DE CRP	38083	FECHA	30/08/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.400.000									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: HORAS LABORADAS 180

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.189.940
VALOR EJECUTADO	$13.109.940
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.400.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.080.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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 **$2,194508**, 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
45239425	$1.872.000,00	$234.000	$299.000	3	$45.602	$579.122

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

Rosa Inés León S.

ROSA INES LEON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANNY FERNANDA RUIZ DUARTE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:

Anny Fernanda Ruiz Duarte

C.C 1018481468 DE Bogotá

La suma de 5.400.000 por concepto de: prestación de servicios como enfermera profesional en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 01 al 30 de septiembre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5418-2020.

Nombre de contratista: Anny Fernanda Ruiz Duarte

C.C.1018481468 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550009400840865

Escaneado con CamScanner

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

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

ormación de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

ıación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1018481468
NOMBRES	ANNY FERNANDA
APELLIDOS	RUIZ DUARTE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

de afiliación :

TADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
TIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/05/2018	31/12/2999	COTIZANTE

cha de resión: 09/07/2020 11:06:43 | **Estación de origen:** 186.84.88.88

ormación registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de

cto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la 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 nen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece mino 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 que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

sponsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el e oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de PS, EOC y EPS-S.

información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al o legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

ed encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página. por favor remítase a la EPS en la cual se ntre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la ebe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

aciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/ReporteSe...

Escaneado con CamScanner