



| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                        |                   |                             |                                |                 |               |                 |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|-----------------|----|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                            |                   |                             | SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ |                 |               |                 |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             | CC                             | X               | CE            |                 | NO                                                                   | 52 456 278      |            |                 |    |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                |                   |                             | ANDRAPATRICIA0111@HOTMAIL.CO   |                 |               |                 | CELULAR                                                              | 3002968244      |            |                 |    |                 |   |
| 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 BANCA                                                                                                                                                                                                                             |                   |                             | 00-4870427202                  |                 |               |                 |                                                                      |                 | PENSIONADO |                 | No |                 |   |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                           |                   |                             |                                |                 |               |                 |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                     |                   |                             | 5736 DEL 2020                  |                 |               |                 | N° DE PAGOS DEL CONTRATO                                             |                 |            | 3 DE 3          |    |                 |   |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                      |                   | 1387                        | FECHA                          | 28/09/2020      | NÚMERO DE CRP |                 | 44018                                                                | FECHA           | 30/09/2020 |                 |    |                 |   |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                      |                   | 1242                        | FECHA                          | 27/08/2020      | NÚMERO DE CRP |                 | 39544                                                                | FECHA           | 25/09/2020 |                 |    |                 |   |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                             | AUXILIAR DE ENFERMERÍA         |                 |               |                 |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                             | DESDE                          | DIA             | MES           | AÑO             | HASTA                                                                | DIA             | MES        | AÑO             |    |                 |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             |                                | 1               | 10            | 2020            |                                                                      | 31              | 10         | 2020            |    |                 |   |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                        |                   |                             | \$2.160.000                    |                 |               |                 |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             | Asistencial                    |                 |               |                 | RESERVA DE GLOSA 2%                                                  |                 |            | \$0             |    |                 |   |
| OBSERVACIONES: HORAS 180 Y INCREMENTO DE SEPTIEMBRE COVID19                                                                                                                                                                                        |                   |                             |                                |                 |               |                 |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                |                 |               |                 |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             |                                |                 |               |                 | VALORES                                                              |                 |            |                 |    |                 |   |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                            |                   |                             |                                |                 |               |                 | \$5.572.950                                                          |                 |            |                 |    |                 |   |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             |                                |                 |               |                 | \$5.572.950                                                          |                 |            |                 |    |                 |   |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                       |                   |                             |                                |                 |               |                 | \$2.160.000                                                          |                 |            |                 |    |                 |   |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             |                                |                 |               |                 | \$0                                                                  |                 |            |                 |    |                 |   |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                             |                                |                 |               |                 | \$0                                                                  |                 |            |                 |    |                 |   |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                            |                   |                             |                                |                 |               |                 | 100%                                                                 |                 |            |                 |    |                 |   |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                            |                   |                             |                                |                 |               |                 |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
| Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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<br>12.5% IBC | APORTE PENSION 16%<br>IBC      | NIVEL<br>ARL    | APORTE<br>ARL | TOTAL APORTES   |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
| 8345836824                                                                                                                                                                                                                                         | \$877.803,00      | \$109.725                   | \$140.448                      | 3               | \$21.383      | \$271.557       |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
| Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de OCTUBRE el año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                        |                   |                             |                                |                 |               |                 |                                                                      |                 |            |                 |    |                 |   |
| <br>ROSA INES LEON<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO<br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                |                 |               |                 | <br>SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ<br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA |                 |            |                 |    |                 |   |

ACTIVIDADES



INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 1  
Fecha de aprobación: 18/09/17  
Código: 04 03 P 0 0003



|                         |                                |                              |               |               |        |
|-------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------|---------------|--------|
| Ubicación del Servicio: | URGENCIAS                      |                              | Sede: KENNEDY |               |        |
| No. DE CONTRATO:        | 5736 De 2020                   | Periodo certificado desde el | Día           | Mes           | Año    |
|                         |                                |                              | 1             | 10            | 2020   |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ |                              | C. C.         | 52 458 278 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 AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI NO Servicios: SI X NO

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ACTIVIDADES BÁSICAS</b> 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. Atender 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-Porte 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 |
| <b>REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES:</b> 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                                                                                          |
| <b>RECIBO Y ENTREGA DE TURNO:</b> 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                                                      |
| <b>RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACIÓN SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO:</b> 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                                                                             |
| <b>EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD</b> 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                                                    |
| <b>MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION</b> 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 Cargamento 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.                            |
| <b>CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE:</b> 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución - 32. Participar en el 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: 180

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2.160.000 (DOS MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS MCT.)

SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ

ROSA INES LEON

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

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

Señor(a): SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ  
 No. Identificación: CC52456278  
 Dirección: TRANV 18 B BIS N 66 B 23 SUR  
 Telefono: 7656683  
 Correo: SANDRAPATRICIA0111@HOTMAIL.COM  
 Ciudad: BOGOTÁ, D.C.  
 Número de Planilla: 8345836824

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Nombre Aportante                | SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ |
| Tipo y número de identificación | CC52456278                     |
| Número de planilla              | 8345836824                     |
| Fecha pago                      | 2020-10-08                     |
| Número de autorización pago     | 14585407                       |
| Banco                           | 1023                           |

|                               |                    |
|-------------------------------|--------------------|
| Número de Empleados           | 1                  |
| Periodo de Cotización Salud   | septiembre de 2020 |
| Periodo de Cotización Pensión | septiembre de 2020 |
| Número de Administradoras     | 3                  |
| Total Pagado                  | 271700             |
| Total Intereses de Mora       | 0                  |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                          | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|---------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA                        | 21400        | 1                   |
| 230301                | Porvenir                        | 140500       | 1                   |
| EPS017                | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 109800       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 52456278  
 APELLIDOS Y NOMBRES: SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ

| 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 |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS017   | 230301   | 877803    | 877803      | 877803      | 0         | 109800           | 0         | 140500             | 0                                | 21400              | 0            |



## 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 | 52456278        |
| NOMBRES                  | SANDRA PATRICIA |
| APELLIDOS                | PRECIADO GOMEZ  |
| 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 | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 02/02/2010                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

Fecha de Impresión: 10/09/2020 17:17:00 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.

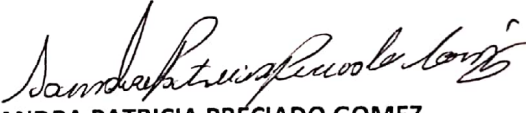
IMPRIMIR CERRAR VENTANA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:  
SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ

CC 52456278

La suma de 2.160.000 DOS MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS por concepto de:  
prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el área de urgencias sede  
Kennedy durante el periodo de 01 al 31 de OCTUBRE de conformidad con lo establecido  
en el contrato de prestación de servicios No 5736-2020.



SANDRA PATRICIA PRECIADO GOMEZ

CC 52456278

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 004870427202