| 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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DANIEL ORLANDO DIAZ LAVERDE | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1121890835 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | diazlaverdedanielorlando@gmail.com | | | | CELULAR: | 3136280164 | | | | | | |
| 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 | 550488414237245 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 5527-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 7 de 7 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1723 | FECHA | 26/11/2020 | NÚMERO DE CRP | 55405 | FECHA | 30/11/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL DE ENFERMERÍA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 12 | 2020 | | 31 | 12 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.295.296 | | | | | | | | | |
| 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: | $23.287.327 |
| VALOR EJECUTADO | $23.208.708 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.295.296 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $78.619 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9413779764 | $1.323.824,00 | $117.100 | $149.900 | 3 | $22.900 | **$382.287** |

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

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

**DANIEL ORLANDO DIAZ LAVERDE**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur 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-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dependencia del Servicio:** | URGENCIAS | | | | | **Sede:** | KENNEDY | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 5527-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 12 | 2020 | | 31 | 12 | 2020 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | DANIEL ORLANDO DIAZ LAVERDE | | **C. C.** | 1.121.890.835 | | **DE** | VILLAVICENCIO | | | |

**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 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 |
|---|---|---|---|
| Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar. -2. cutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería. -3. Realizar cedimientos especiales - 4.Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el dico tratante Usuario -5.Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio. - reparar y administrar, mezclas, diluciones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas ablecidas -7.Revisar Historias Clínicas, actualizar Kárdex, tarjetas de droga, S/normas itucionales -8.Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron tratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la ponsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 9. Dedicar la totalidad del mpo para el cumplimiento de sus actividades -10. Cumplir con las disposiciones que sus superiores árquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe ediato o de las autoridades competentes. -11. Realizar personalmente las actividades objeto del trato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin e quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 12. dicar 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 Clínica,Actualizar,Kardex y Tarjeta de medicamentos, Registra plan de cuidado.<br>3-Supervisar y firmar las notas de enfermería al personal a cargo | 1-Anecdotario.<br>2-Historias Clínicas Revisadas.<br>3-Registro de enfermería con firma |
| GISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y RACES: 14. Cotejar las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte grupo de trabajo. -15.Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, iendo el Registro correspondiente. -16.Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las vidades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. -17.Llenar abalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda uación con su firma y sello. -18.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo serve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción , destrucción, ltamiento o utilización indebida. | 100% | 1-Realizar los procedimientos de enfermería asignados al profesional.<br>2-Realizar dos auditorias mensuales de registros de enfermería. | 1-Bitácora.<br>2-Lista medición de adherencia |
| CIBO Y ENTREGA DE TURNO: 19 .Recibir y entregar turno, obteniendo y dando la información allada 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.<br>2-Formato de asignación de actividades |
| LACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, MANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 20. Atender las necesidades del equipo trabajo. - 21.Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo. -22.Explicar ocedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/o familia. -23.Respetar los derechos del ciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que mo servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en gencias y Hospitalización.- 24. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que ga relación por razón de su cargo -25. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos opten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de autoridades competentes. | 100% | 1-Verificar la realización del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo | 1-Lista de verificación |
| IDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 26. Aplicar los principios de técnica aséptica.- 27. licar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales. -28. Cumplir con la esentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud cupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según su actividad a realizar en la stitución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de ergencia 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.<br>2-Verificación terminal fin de semana diario |
| ANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, manteniendo con ellos el gistro de mantenimiento. -30. Revisar las necesidades del servicio y mantener los elementos ecuados.-31. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás uipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades ntractuales -32.Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los rámetros de la institución.-33. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las nciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.-34. Gestionar de uerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de s bienes bajo el marco normativo.-35.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su rgo o la información reservada en forma exclusiva para los fines 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 |
| APACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 35 Asistir a todas las apacitaciones programadas por la institución 36. Identificar necesidades de capacitación detrás de su upo 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 |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,295,296 ( TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS pesos m/cte)**

**NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

Rosa Ines Leon S

**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

en línea

## Resumen General de Pago

### OS GENERALES DEL APORTANTE

| entificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 121890835 | | DIAZ LAVERDE DANIEL ORLANDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | AV CIUDAD DE CALI # 55-41 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

### OS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nsión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| -11 | 2020-11 | 824650497 | 9413779764 | I | 2020/12/09 | 2020/12/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $388,300 |

### UIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **rsal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | **$1,178,382** | **$188,600** | | | **$1,178,382** | **$147,300** | | | **$1,178,382** | **$23,600** | | | **$1,178,382** | **$28,800** | | **$0** | **$0** |
| **ro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,178,382 | $188,600 | | | $1,178,382 | $147,300 | | | $1,178,382 | $23,600 | | | $1,178,382 | $28,800 | | $0 | $0 |
| d: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,178,382 | $188,600 | | | $1,178,382 | $147,300 | | | $1,178,382 | $23,600 | | | $1,178,382 | $28,800 | | $0 | $0 |
| CC | 1121890835 | DIAZ DANIEL | 230201 | 30 | $1,178,382 | $188,600 | EPS037 | 30 | $1,178,382 | $147,300 | CCF24 | 30 | $1,178,382 | $23,600 | 14-11 | 30 | $1,178,382 | $28,800 | 30 | $0 | $0 |
| **al Afiliados( 1)** | | | | | $1,178,382 | $188,600 | | | $1,178,382 | $147,300 | | | $1,178,382 | $23,600 | | | $1,178,382 | $28,800 | | $0 | $0 |

Escaneado con CamScanner

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1121890835 | | DIAZ LAVERDE DANIEL ORLANDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | AV CIUDAD DE CALI # 55-41 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-11 | 2020-11 | 824650497 | 9413779764 | I | 2020/12/09 | 2020/12/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $388,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $188,600 | $0 | $0 | $188,600 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $188,600 | $0 | $0 | $188,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $28,800 | $0 | $0 | $28,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $28,800 | $0 | $0 | $28,800 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $23,600 | $0 | $0 | $23,600 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $23,600 | $0 | $0 | $23,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $147,300 | $0 | $0 | $147,300 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $147,300 | $0 | $0 | $147,300 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$388,300** | **$0** | **$0** | **$388,300** |

Escaneado con CamScanner

ADRES

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 | 1121890835 |
| NOMBRES | DANIEL ORLANDO |
| APELLIDOS | DIAZ LAVERDE |
| 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 | NUEVA EPS S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/06/2020 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 12/10/2020 02:40:09 | 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:**

**Daniel Orlando Díaz Laverde**

**C.C 1.121.890.835 DE Villavicencio**

La suma de 3.295.296 por concepto de: prestación de servicios como profesional de enfermería en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 01 al 31 de DICIEMBRE de 2020. de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5527-2020.

**Nombre de contratista: Daniel Orlando Díaz Laverde**

**C.C.1121890835 de Villavicencio**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0550488414237245**

Escaneado con CamScanner