| 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: | DOBY DANILO ZUÑIGA SANTOS | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 79990719 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | david3727@hotmail.es | | | | CELULAR: | 3213580757 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KE12 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FLORALIA | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | J10 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | 8400729862 | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2094 DEL 2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 1 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 30 | FECHA | 8/01/2021 | NÚMERO DE CRP | 12512 | FECHA | 31/01/21 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 2 | 2021 | | 28 | 2 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.795.086 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

**OBSERVACIONES: ADICION DE 18 HORAS**

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $5.203.350 |
| VALOR EJECUTADO | $1.795.086 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.795.086 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.408.264 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 34% |

**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 $2,271,315, 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 3% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1035717649 | $908.526,00 | $113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | **$281.200** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes FEBRERO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JORGE ENRIQUE SOLER
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Doby Danilo Zuñiga
DOBY DANILO ZUÑIGA SANTOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

ACTIVIDADES

| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | URGENCIAS | | | | | | | SEDE : FLORALIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 2094-2021 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 2 | 2021 | | 28 | 2 | 2021 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DOBY DANILO ZUÑIGA SANTOS | | C. C. | | 79.990.719 | | 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 |
|---|---|---|---|
| **ACTIVIDADES BÁSICAS** :1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades -2 Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento -3 Ejecutar con criterio actividades segun tratamiento médico y de enfermeria planeando y ejecutando cuidados de enfermeria segun necesidades y prioridades del paciente -4 Realizar procedimientos básicos teniendo en cuenta la técnica adecuada -5 Arreglar la unidad mantener el orden y aseo de la misma -6 Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales -7 Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados -8 Realizar calculo y control de liquidos 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 evento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados -10 Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades | 100% | 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades<br>2-Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados<br>3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos<br>4-Asistir al paciente en sus actividades básicas | 1-Anecdotario<br>2-Bitácora de procedimientos<br>3-Bitácora de procedimientos<br>4-Bitácora de procedimientos |
| **REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES:** 11. Efectuar oportuna y claramente registros de todos los cuidados de enfermeria -12 Registrar en Notas de Enfermeria el estado clinico del paciente y actividades realizadas 13. Llenar a cabalidad los formatos de historias clinicas, escribiendo en las Notas de Enfermeria su nombre claro y manteniendo identificadas las Historias Clinicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clinicas de la Institucion, respaldando toda actuación con su nombre y sello -14 Custodiar y cuidar la documentacion e informacion 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 guias, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades | 100% | 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente | 1-Lista de verificación |
| **RECIBO Y ENTREGA DE TURNO**: 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes | 100% | 1-Realizar recibo y entrega de turno | 1- Libro de recibo y entrega de turno con asignación diaria |
| **RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO**: 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo -18 Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia -19 Respetar los derechos del paciente y cumplir el codigo de ética de enfermeria 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 Hospitalizacion -20 Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relacion por razón de su cargo -21 Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerarquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes | 100% | 1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio | 1-Bitácora y/o lista de verificación |
| **EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD**: 22. Aplicar los principios de técnica aséptica -23 Aplicar las normas universales de Bioseguridad en el manejo de fluidos 24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecucion del programa de Salud Ocupacional ejecutando procedimientos seguros de trabajo segun actividad a realizar en la institución. Asi como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencias y evacuación de Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento | 100% | 1-Usa los elementos de protección personal<br>2-Realiza aseo y desinfección de camas,camillas e inmobiliario de paciente | 1-Anecdotario<br>2-Lista de verificación aseo y desinfección |
| **MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION**: 25. Vigilar e informar faltantes del inventario -26 Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales -27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales -28. Portar el Carnet de la institucion 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 perdidas de los bienes bajo el marco normativo -31 Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan | 100% | 1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato<br>2-Custodia historias clínicas de pacientes asignados | 1-Libro de inventario<br>2-Registro del traslado de historias clínicas de la unidad |
| **CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE**: 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar enel diagnostico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realizacion. | 100% | 1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK | 1-Formato de asistencia de capacitación |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS (1795086 PESOS MCT.)**

| Doby Danilo Zuñiga | |
|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:** | **FIRMA SUPERVISOR** |

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



Escaneado con CamScanner

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-02-09, 09:34:40 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1035717649

**Periodo Cotización:** enero de 2021 **Periodo Servicio:** enero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8836615320

**PAGADO 09/02/2021**

## TOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| n Social | DOBY DANILO ZUNIGA SANTOS | | |
| mento | CC79990719 | **Dirección** | CR 45 #72 - 32 SUR |
| de Empresa | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7164358 |
| Persona | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| ad | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| esentante Legal | | **Identificación** | |
| Afiliados | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ción | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APF | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| | DOBY DANILO ZUÑIGA SANTOS | 59 | 00 | C | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 908.526 | $ 113.600 | 2.436 | $ 908.526 | $ 22.200 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $ 908.526 | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 299.400 |

## TOTALES

| C Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 908.526 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 299.400 | $ 0 | $ 299.400 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:**

**DOBY DANILO ZUÑIGA SANTOS**

**C.C. 79990719 DE BOGOTA**

La suma de UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS ($ 1.795.086) por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SEDE USS FLORALIA Salud mental, durante el periodo de 01 al 28 DE FEBRERO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2094-2021

Doby Danilo Zuñiga Santos

DOBY DANILO ZUÑIGA SANTOS

**Nombre de contratista**

**C.C.79990719 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0084729862**

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 | 79990719 |
| NOMBRES | DOBY DANILO |
| APELLIDOS | ZUÑIGA SANTOS |
| 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 | 20/05/2015 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 02/11/2021 07:04:36 | 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