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. 2-Revisar Historia Clínica,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
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. 2-Realizar dos auditorias mensuales de registros de enfermería.	1-Bitácora. 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. 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
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. 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