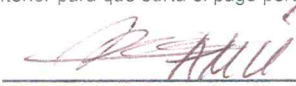


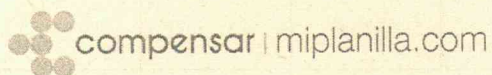
OK
135

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				Lucy Esneda Amu Congolino															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52.284.001										
CORREO ELECTRONICO:				lucycongolino@gmail.com				CELULAR:		3125903274									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				maternidad				SEDE:		Kennedy									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		KE10I03	100																
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA				Ahorros									
NUMERO DE CUENTA BANCAJ				9170353909						PENSIONADO		No							
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				1750 - 2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 DE 3							
NÚMERO DE CDP		201		FECHA		10/02/2021		NÚMERO DE CRP		17159		FECHA		23/02/2021					
OBJETO DEL CONTRATO:				AUXILIAR DE ENFERMERÍA															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DÍA		MES		AÑO		HASTA		DÍA		MES		AÑO	
						1		4		2021				30		4		2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.792.192															
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				\$0									
9292OBSERVACIONES: HORAS: 180																			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO										VALORES									
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$5.385.258									
VALOR EJECUTADO										\$5.327.352									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$1.792.192									
VALOR A LIBERAR										\$0									
SALDO POR EJECUTAR										\$57.906									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										99%									
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 \$2.271315 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													
8349120980	\$908.526,00	\$113.600	\$145.400	3	\$22.200	\$281.200													
Dado en Bogotá a los () días del mes de abril del año Dos Mil Veinty uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,																			
 NANCY CASALLAS PROFESIONAL ESPECIALIZADO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:							 Lucy Esneda Amu Congolino NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA												

Señor(es): LUCY ESNEDA AMU CONGOLINO
Nit: CC 52284001
Dirección: CALLE 58 K N. 81-23
Teléfono: 5766361 Fax:
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	LUCY ESNEDA AMU CONGO
Tipo y número de identificación	52284001
Número de radicación planilla	8349120980
Fecha de pago	4/8/2021
Número de autorización de pago	12502303
Banco	1023
Valor Comisión	\$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Marzo 2021
Periodo cotización pensión	Marzo 2021
Periodo cotización caja	Marzo 2021
Número de administradoras	3
Total Pagado	\$281.200
Total interés mora	\$0

[illegible]

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:	Maternidad	Sede: KENNEDY	
No. DE CONTRATO:	1750 - 2021	Periodo certificado desde el	
		Día Mes Año a Día Mes Año	
		1 4 2.021 30 4 2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUCY ESNEDA AMU CINGOLINO	C. C. 52.284.001 DE BOGOTÁ	
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 ENFERMERÍA 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 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 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 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-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos 4-Asistir al paciente en sus actividades básicas	1-Anecdotario 2-Bitacora de procedimientos 3-Bitacora de procedimientos 4-Bitacora de procedimientos
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 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
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, HUMANIZACIÓN 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 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-Bitacora y/o lista de verificación
EPIDEMIOLOGÍA, 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 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 2-Realiza aseo y desinfección de camas, camillas e inmobiliario de paciente	1-Anecdotario 2-Lista de verificación aseo y desinfección
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FÍSICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACIÓN: 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 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 2-Custodia historias clínicas de pacientes asignados	1-Libro de inventario 2-Registro del traslado de historias clínicas de la unidad
CAPACITACIÓN, EDUCACIÓN CLÍNICA E INVESTIGACIÓN PERMANENTE: 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:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1911672 (UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CINETO NOVENTA Y DOS PESOS MCT.)			
LUCY ESNEDA AMU CINGOLINO		Firma de recibido supervisor:	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.			

Bogotá DC

de 2021

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE

Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI ☐ o NO ☒ cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), adjunto certificación
2. Que durante el año 2020: SI ☐ o NO ☒ cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
Brandon Lara	T1 1025460803	hijo	17	9º	colegio Francisca de Paula Sauter

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI ☐ NO ☒
5. SI ☐ NO ☒ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT (\$49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI ☐ NO ☒ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de \$ 145.400
8. Solicito SI ☐ NO ☒ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de \$
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Artículo 383 del ET: SI ☐ NO ☒ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI ☐ NO ☒

Atentamente

NOMBRE:

Juan Esneola amú

C.C.:

6090210

UNIDAD:

5228400

72 Trinidad

FIRMA: