

**TRIBUNAL AMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN SEGUNDA - SUBSECCIÓN E
Carrera 57 No. 43 – 91 Piso 1**

Único correo electrónico: rmemorialessec02setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co

TRASLADO DE PRUEBAS

RADICACIÓN: **11001-33-35-015-2021-00019-01**
MEDIO DE CONTROL: **NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**
DEMANDANTE: **JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS**
DEMANDADO: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE E.S.E.**

Teniendo en cuenta lo establecido en el auto de fecha 3 de octubre de 2023 que ordena correr traslado a las partes de las pruebas aportadas por la entidad demandada se corre traslado por el término de tres (3) días en un lugar visible esta Secretaría de la Subsección E y en la página web de la Rama Judicial. www.ramajudicial.gov.co. De la respuesta allegada por la entidad demandada. Igualmente se envía mensaje de datos a los correos electrónicos correspondientes.

EMPIEZA TRASLADO: **27 DE NOVIEMBRE DE 2023, a las 8:00 a.m.**
VENCE TRASLADO: **29 DE NOVIEMBRE DE 2023, a las 5:00 p.m.**


DEICY JOHANNA IMBACHI OME
Oficial Mayor
Subsección E

Elaboró: J.J.R.C.
Revisó: Deicy I.

Proceso 11001333501520210001901 - COMPROBANTE RADICADO OFICIO DE PRUEBAS No. SE 170

Andrés Felipe Lobo Plata <notificaciones@misderechos.com.co>

Vie 10/11/2023 9:47 AM

Para:Recepción Memoriales Sección 02 SubSección E Tribunal Administrativo - Cundinamarca <rmemorialessec02setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co>;Notificaciones Judiciales <notificacionesjudiciales@subredsuoccidente.gov.co>

 2 archivos adjuntos (306 KB)

MEMORIAL COMPROBANTE RADICADO OFICIO JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS.pdf; Correo de Misderechos.com.co - RADICACION DE OFICIO SE-170 RIDR PROCESO 2021-00019 JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS VS SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E_.pdf;

Proceso de nulidad y restablecimiento del derecho No. 11001333501520210001901

Honorables Magistrados

Tribunal Contencioso Administrativo de Cundinamarca - sección segunda - subsección "E" - magistrado ponente Dr. Ramiro Ignacio Dueñas Rugnon

Demandante: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS

Demandado: Subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E.

Asunto: COMPROBANTE RADICADO OFICIO DE PRUEBAS No. SE 170

Quien envía: César Julián Viatela Martínez - Apoderado parte demandante



Andrés Felipe Lobo Plata <notificaciones@misderechos.com.co>

RADICACION DE OFICIO SE-170 RIDR PROCESO 2021-00019 JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS VS SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.

1 mensaje

Andrés Felipe Lobo Plata <notificaciones@misderechos.com.co>
Para: notificacionesjudiciales@subredsuroccidente.gov.co

10 de noviembre de 2023, 09:41

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

REF. Radicación de OFICIO DE PRUEBAS SE-170 RIDR dentro de proceso No. 11001333501520210001901

En mi calidad de apoderado de la parte actora y conforme a lo dispuesto por el honorable tribunal contencioso administrativo - sección segunda - subsección E - magistrado ponente Dr. Ramiro Ignacio Dueñas Rugnon a través de auto de fecha 7 de noviembre de 2023, me permito radicar ante esta entidad la solicitud probatoria que el tribunal le realizó a esta entidad para qué, dentro del término establecido, la subred sur occidente E.S.E. se sirva aportar al proceso los documentos solicitados.

Para lo anterior me permito adjuntar correo electrónico enviado al suscrito abogado por parte del honorable tribunal y el auto de fecha 7 de noviembre de 2023.

Muchas gracias por su atención.

Atentamente,

César Julián Viatela Martínez
C.C. 1.016.045.712
T.P. 246.931 del C.S. de la J.
Teléfono 3132510001

o>

“OJO” SE INFORMA A LAS PARTES QUE ÉSTE CORREO ES EXCLUSIVO PARA LA NOTIFICACIÓN DE ESTADOS, AUTOS Y COMUNICACIONES DE LA SECCIÓN SEGUNDA SUBSECCIÓN E DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA.

CUALQUIER MEMORIAL, OFICIO, SOLICITUD, RECURSO DEBE SER RADICADO EXCLUSIVAMENTE EN EL CORREO ELECTRÓNICO DESTINADO PARA RECEPCION DE MEMORIALES EL CUAL ES:

Rmemorialessec02Setadmcun@cendoj.ramajudicial.gov.co

SECRETARIA SECCIÓN SEGUNDA - SUBSECCIÓN E

CARRERA 57 Nro. 43-91 primer piso

Tel. 5553939 Ext. 1089

OFICIO REQUIRIENDO SE-170 RIDR**POR ÚLTIMA VEZ**

Bogotá, D.C, 7 de noviembre de 2023

Señor

Andrés Felipe Lobo Plata

Apoderado de la parte demandante

notificaciones@misderechos.com.co

Expediente No.: 11001-33-35-015-2021-00019-01

Demandante: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS

Demandado: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Magistrado: RAMIRO IGNACIO DUEÑAS RUGNON

Término: CINCO (5) DÍAS

ASUNTO: OFICIO REQUIRIENDO POR ÚLTIMA VEZ

En cumplimiento a lo ordenado por esta Corporación en auto de fecha 7 de noviembre de 2023, dispuso:

“se hace necesario requerir por última vez y con carácter urgente a ambas partes, para que en el término de cinco (5) días contados a partir del recibo de la comunicación y con destino a las presentes diligencias alleguen:

1. Copia integral de los siguientes contratos y sus respectivas prórrogas:

. *Contrato 0441 de 2016*

. *Contrato 1-1594 de 2017*

. *Contrato SO-1361 de 2017”.*

ADJUNTO EL AUTO DE FECHA 7 DE NOVIEMBRE DE 2023 PARA SU CONTESTACIÓN COMPLETA.

Se advierte que es su deber colaborar con la administración de justicia, y que, en consecuencia, las respuestas a los requerimientos de este Tribunal, deberán ser suministrados sin dilación alguna, so pena de incurrir en desacato a decisión judicial y en mala conducta, por obstrucción a la justicia.

Igualmente, en caso de incumplimiento de las órdenes impartidas se hará uso de los poderes disciplinarios consagrados de conformidad con lo dispuesto en el numeral 4º del Artículo 44 del C.G.P., por remisión expresa del Artículo 306 de la Ley 1437 de 2011, lo cual cuya inobservancia a este deber constituye falta disciplinaria gravísima; y de no allegarse lo solicitado anteriormente, deberá rendir en el término improrrogable de dos (2) días al recibo de esta comunicación, informe escrito explicando las razones por las cuales no se dio cumplimiento a la orden judicial.

Atentamente,



DEICY JOHANNA IMBACHI OME

**Oficial Mayor
Subsección E**

JJRC

Al contestar por favor cite el número del oficio, del expediente y el Magistrado. Igualmente se solicita se envíen debidamente foliados los documentos.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error elimínelo y cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

2 archivos adjuntos

 **112_110013335015202100019011AUTOQUEORDENA20231107141457.pdf**
144K

 **OFICIO SE-171 PROCESO 2021-00019 JEAMMY VALLEJO A SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E..pdf**
512K

Honorables Magistrados

TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA - SECCIÓN SEGUNDA - SUBSECCIÓN "E" - MAGISTRADO PONENTE DR. RAMIRO IGNACIO DUEÑAS RUGNON.

Referencia: **110013335015-2021-00019-01**

DEMANDANTE: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS

DEMANDADO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Asunto: COMPROBANTE RADICADO OFICIO DE PRUEBAS No. SE 170

CÉSAR JULIÁN VIATELA MARTÍNEZ, mayor de edad, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de apoderado judicial de la parte demandante, de manera muy respetuosa me permito aportar comprobante de que el día 10 de noviembre de 2023, el suscrito radicó en el correo electrónico de notificaciones de la entidad demandada, el oficio SE-170 a través del cual esta corporación solicitó una serie de pruebas. Así mismo, como ya lo indiqué en memorial radicado el 11 de octubre de 2023, ni la demandante ni el suscrito abogado poseemos los documentos que el honorable tribunal requiere.

De antemano, agradezco la acostumbrada diligencia y atención de este Despacho judicial.

NOTIFICACIONES: teléfonos 3132510001 - 3123309806, correo electrónico: notificaciones@misderechos.com.co

Del honorable magistrado,



CÉSAR JULIÁN VIATELA MARTÍNEZ

C.C. 1.016.045.712 de Bogotá D.C.

T.P. 246.931 del C. S. de la J.

Fwd: ELEMENTOS PROBATORIOS FALTANTES - CASO - JEAMMY JENIFER VALLEJO CABARCAS 2021-00019

Paula Tapias G <pavitaga23@gmail.com>

Jue 16/11/2023 1:29 PM

Para:Recepción Memoriales Sección 02 SubSección E Tribunal Administrativo - Cundinamarca
<rmemorialessec02setadmunc@cendoj.ramajudicial.gov.co> 4 archivos adjuntos (7 MB)SSO-2023-422-005097-3.pdf; SOPORTE DE RTA GESTIÓN DOCUMENTAL.pdf;
08a_HV_JEAMMY_JENNIFER_VALLEJO_CABARCAS_17[1].pdf; 08_HV_JEAMMY_JENNIFER_VALLEJO_CABARCAS_108[1].pdf;

----- Forwarded message -----

De: **Paula Tapias G** <pavitaga23@gmail.com>

Date: mié., 15 de noviembre de 2023 5:00 p. m.

Subject: ELEMENTOS PROBATORIOS FALTANTES - CASO - JEAMMY JENIFER VALLEJO CABARCAS 2021-00019

To: Recepcion Memoriales Seccion 02 Subseccion B Tribunal Administrativo - Cundinamarca

<rmemorialessec02sbtadmunc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: JUAN CARLOS LOSADA CAJIAO <archivooficinajuridicasrso@subredsuoccidente.gov.co>,
<notificaciones@misderechos.com.co>**HONORABLE JUEZ
JUZGADO QUINCE (15) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO
JUDICIAL DE BOGOTÁ – SECCIÓN SEGUNDA
Ciudad****Ref.:** **Expediente:** 11001 33 35 015 2021 00019 00
 Proceso: Nulidad y Restablecimiento del Derecho
 Actor: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS
 Demandado: Hospital de Kennedy III Nivel E.S.E. - Subred Integrada
 de Servicios de Salud Sur Occidente ESE
 Asunto: ELEMENTOS PROBATORIOS FALTANTES**PAULA VIVIAN TAPIAS GALINDO***Abogada**Conciliadora en Derecho**Especializada en Derecho Penal y Criminología**Magister en Defensa en DH ante Cortes**"Nunca una noche ha vencido el amanecer y nunca un problema ha vencido a la esperanza."*Libre de virus. www.avg.com

RE: SOLICITUD CONTRATO - CASO - Jeammy Jennifer Vallejo Cabarcas

Solicitudes Archivo Central <gesdocumental@subredsuroccidente.gov.co>

Mié 15/11/2023 16:28

Para: Paula Vivian Tapias Galindo <defensajudicial2@subredsuroccidente.gov.co>

 2 archivos adjuntos (4 MB)

SSO-2023-422-005097-3.pdf; JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS - CC 53083300.pdf;

Cordial saludo,
Doctora Vivian Tapias

De manera atenta y de acuerdo a la solicitud realizada, nos permitimos enviar adjunta la respuesta a su solicitud, el oficio formal se envía por la plataforma Agil salud.

Quedamos atentos a cualquier inquietud

Cordialmente,

María Fernanda Saavedra
Apoyo Administrativo I
Gestión Documental

De: Paula Vivian Tapias Galindo <defensajudicial2@subredsuroccidente.gov.co>

Enviado: jueves, 9 de noviembre de 2023 21:41

Para: Solicitudes Archivo Central <gesdocumental@subredsuroccidente.gov.co>

Asunto: SOLICITUD CONTRATO - CASO - Jeammy Jennifer Vallejo Cabarcas

En virtud de lo anterior, se hace necesario requerir por última vez y con carácter urgente a ambas partes, para que en el término de cinco (5) días contados a partir del recibo de la comunicación y con destino a las presentes diligencias alleguen:

1. Copia integral de los siguientes contratos y sus respectivas prórrogas:
 - Contrato 0441 de 2016

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente



Paula Vivian Tapias Galindo
Abogada Externa
Oficina Asesora Jurídica
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: (+57) 3123646691

OSO, se debe presentar 2 carpetas de legajo tamaño oficina con los documentos de esta lista

| | | | | |
|---|--|----------------------|---------------|--|
|  | LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: | 1 |  |
| | | Fecha de aprobación: | 31-10-2016 | |
| | | Código: | 11-02-FO-0001 | |

| ITEM | DOCUMENTOS INSTITUCIONALES | SI | NO |
|------|---|----|----|
| 1 | Propuesta de servicios dirigida al gerente de la Subred | | |
| 2 | Una (1) copia en físico de toda la documentación presentarla en un (1) carpeta tamaño oficio. | | |
| 3 | Un (1) CD con toda la información de la hoja de vida en magnético en archivo PDF AL 75% (Escanear individualmente en el orden del listado). | | |
| 4 | Formato Único de Hoja de vida en original (Función Pública). Diligenciado al 100% y firmado. No se aceptan tachones ni enmendaduras y se requiere que los datos suministrados en HV, estén debidamente soportados para su verificación. | | |
| 5 | Copia de la cedula de ciudadanía al 150% (Totalmente legible por las dos caras). | | |
| 6 | Copia libreta militar (Hombres menores de 50 años). Al 150% Totalmente legible por las dos caras. | | |
| 7 | Diploma y acta de grado de bachiller (técnicos y auxiliares) | | |
| 8 | Diploma y acta de grado que acredita como tal al auxiliar, técnico, tecnólogo o profesional según perfil requerido | | |
| 9 | Diploma y acta de grado de especialidad según perfil requerido | | |
| 10 | Fotocopia de tarjeta profesional y certificado de inscripción del ente regulador y de control y/o RETHUS | | |
| 11 | Copia de certificado de otros estudios (cursos, seminarios, especializaciones, etc). de acuerdo al perfil ver anexo | | |
| 12 | Soporte de convalidación de títulos ante el ICFES en caso de estudios en el exterior | | |
| 13 | Copia de constancias laborales actualizadas conforme a lo relacionado en formato único de hoja de vida | | |
| 14 | Copia antecedente de la contraloría | | |
| 15 | Copia antecedentes disciplinarios - Procuraduría general de la Nación. | | |
| 16 | Copia de antecedentes disciplinarios - Personería de Bogotá D.C. | | |
| 17 | Copia de antecedentes disciplinarios - Policía de Bogotá D.C. | | |
| 18 | Copia de RUT (Actualizo para la vigencia). | | |
| 19 | Copia del registro de información tributaria RIT | | |
| 20 | Formato único de bienes y rentas DAFP ley 1990 de 1995 | | |
| 21 | Copia del carne, planilla de pago o certificado de afiliación de la EPS-SALUD (En caso de estar en trámite el proceso de afiliación, se debe discriminar a que entidad va a realizar la afiliación). | | |
| 22 | Copia del carnet, planilla de pago o certificado de afiliación al fondo de pensiones (En caso de estar en trámite el proceso de afiliación, se debe discriminar a que entidad va a realizar la afiliación). | | |
| 23 | Afiliación a la ARL (El proceso se debe realizar con el área de Talento Humano diligenciar formato una vez firmado contrato) | | |
| 24 | Carta que informe número de cuenta de la entidad bancaria para la consignación de los honorarios. | | |
| 25 | Examen pre ocupacional vigente Artículo 18 Decreto 723 de 2013 | | |

DOCUMENTOS INSTITUCIONALES PARA LA VINCULACION

| | | |
|--|--|--|
| Formato consentimiento para verificación títulos H.V. | | |
| Formato de entrenamiento en puesto de trabajo completamente diligenciado | | |
| Carta de presentación talento humano | | |

OBSERVACIONES PARA EFECTOS DE HABILITACION

A partir de julio de 2014 se expide por parte del Ministerio de la Protección Social Resolución 3030 de 2014 por la cual auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas deberán solicitar su inscripción para ejercer sus actividades en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. (RETHUS). así mismo las tarjetas profesionales deberán ser expedidas por los colegios respectivos. (Médicos - Colegio Médico Colombiano, Bacteriólogos - Colegio Nal de Bacteriología, Fisioterapeutas - Colegio Colombiano de Fisioterapeutas, Químicos farmacéutas - Colegio Nal de Químicos Farmacéutas, ENFERMERAS -La OCE "Organización Colegial de Enfermería" - ANEC - para tecnólogos sistemas y medio ambiente - Tarjeta de Matricula COPNIA .

Nuevas disposiciones para solicitud de tarjetas para profesionales Resolución DEL 22 ABRIL DE 2015. Médicos registro único nacional de talento humano (RETUS). copia de la tarjeta expedida por colegio médico colombiano Res: 18 agosto 2015

Según la Resolución no. 00002003 de 2014 se requiere el certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, Hospitalización y consulta EXTERNA En Atención Integral en salud de las víctimas de violencia sexual

NOTA: Póliza de responsabilidad civil por el tiempo contratado y cuatro (4) meses más (para médicos especialistas y médicos residentes). Posterior a la firma del contrato; en el caso de los profesionales afiliados a la póliza SCARE, la certificación debe especificar el tipo de especialidad (Medico Especialista y Residente).

| ITEM | DOCUMENTO DE ACUERDO A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LAS UNIDADES | SI | NO |
|------------------------|--|----|----|
| GENERAL | Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales | | |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | Certificado formación en toma muestras (colabores que vayan a realizar actividades en: Laboratorio Clínico, Urgencias y Hospitalización) | | |
| | Soporte Vital Básico vigencia dos años para todos los colaboradores | | |



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

**LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTACIÓN POR
ORDEN DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS**

Versión: 1
Fecha de aprobación: 31-10-2016
Código: 11-02-FO-0001



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E.

| | | | |
|--|--|-----------|-----------|
| Certificado administración de medicamentos (formación interna en administración de medicamentos) | | | |
| Certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal (colaboradores que se encuentren en la unidad renal) | | | |
| Curso administración de inmunobiológicos (colaboradores que vayan a realizar consulta externa) y certificado de competencias laborales de administración de inmunobiológicos para auxiliares de vacunación PAI) | | | |
| Soporte vital avanzado vigencia dos años (transporte asistencial medicalizado) | | | |
| Certificado de formación para el apoyo del cuidado al paciente con quimioterapia (colaboradores que se encuentren en salas de quimioterapia) | | | |
| certificado de formación en estudios de neumología, (colaboradores que se encuentren en el laboratorio función pulmonar (espirometría y broncoscopia) | | | |
| Certificado de formación en atención de cuidado intermedio pediátrico, adulto y neonatal (de acuerdo al servicio donde vaya a realizar actividades) | | | |
| Certificado de formación en atención de cuidado intensivo pediátrico, adulto y neonatal (de acuerdo al servicio donde vaya a realizar actividades) | | | |
| ENFERMEROS | | | |
| Certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal (colaboradores que se encuentren en la unidad renal) | | | |
| ITEM | DOCUMENTO DE ACUERDO A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LAS UNIDADES | SI | NO |
| Soporte vital avanzado vigencia dos años - colaboradores que vayan a realizar actividades en: UCI, Cuidado Intermedio, Urgencia y Cuidados Intensivos). Soporte Vital Básico para Urgencias y Diagnostico Cardiovascular | | | |
| Certificado de formación en control de paciente intermedio adultos | | | |
| Certificado de formación en atención de cuidado neonatal (servicio de pediatría) | | | |
| Certificado de formación en atención de cuidado intermedio pediátrico, adulto y neonatal (de acuerdo al servicio donde se ubique) | | | |
| Para todo el personal que trabaje en unidad de salud mental debe contar con certificado de formación para atención al paciente de salud mental.. excepto psiquiatra | | | |
| Certificación actualizado en toma de citologías (profesional que presta sus servicios en tamización de cáncer cuello uterino) | | | |
| certificado en la inserción y retiro del DIU(profesionales que prestan su servicio en atención en planificación familiar hombres y mujeres) * donde se encuentre habilitado el servicio | | | |
| Certificado de formación en estudios de neumología, laboratorio función pulmonar (espirometría y broncoscopia) | | | |
| Certificado de formación del cuidado integral del paciente con quimioterapia (colaboradores que se encuentren en salas de quimioterapia) | | | |
| Certificado de formación de procedimientos cardiovasculares | | | |
| Toma de agudeza visual- certificado de entrenamiento interno por optómetra (solo para colaboradores que realicen esta actividad) | | | |
| Formación en toma y realización de pruebas rápidas (colaboradores que realizaran actividades en extramural, consulta externa) | | | |
| Certificación en inserción y retiro de jadell (para colaboradores que realicen esta actividad) | | | |
| Certificado de formación para atención al paciente de salud mental (colaboradores que se encuentren en internación en salud mental) | | | |
| Certificado de formación en asesoría VIH pre y post (si la unidad cuenta con el servicio) | | | |
| MEDICO GENERAL | | | |
| Soporte vital avanzado (servicio Urgencias, Transporte asistencial Medicalizado) | | | |
| Certificado de formación en atención de Cuidado Intermedio Pediátrico, adulto y neonatal (de acuerdo al servicio donde se ubique) | | | |
| Certificado de formación en el control de paciente en salud mental (si se encuentra en la unidad de salud mental) | | | |
| Certificado de formación en control de las complicaciones más frecuentes en diálisis renal y soporte vital avanzado para profesionales hemodiálisis – diálisis peritoneal que se encuentre en el servicio de Hemodiálisis – Diálisis peritoneal | | | |
| Diploma y acta de grado que lo acredita como especialista en el servicio de medicina alternativa que esta ofertado | | | |
| Certificado de formación en atención de cuidado intensivo pediátrico, adulto y neonatal (de acuerdo al servicio donde se ubique) | | | |
| MEDICO ESPECIALISTA | | | |
| Certificado de formación en radio protección (Radiólogo, Ecografistas) | | | |
| Ultrasonido (toma de ecografías abdominal pélvica y transvaginal) médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas o medico con especialidad medico quirúrgica que demuestre entrenamiento en ecografía dentro de su pensum o formación académica adicional | | | |
| Ultrasonido (toma de ecografías abdominal pélvica y transvaginal) médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas o medico con especialidad medico quirúrgica que demuestre entrenamiento en ecografía dentro de su pensum o formación académica adicional | | | |
| Certificado de formación en PALS (servicio de pediatría y neonatal, cuidado intensivo e intermedio) | | | |
| TERAPEUTAS, TRABAJADORES SOCIALES, NUTRICIONISTAS, PSICOLOGOS Y PSIQUIATRA | | | |
| Soporte vital avanzado ucis y servicio de urgencias | | | |

Bogota D.C. 09 de Noviembre de 2016

Doctora:

ALEXANDRA RODRÍGUEZ GÓMEZ

Gerente

Subred Integrada de Servicio de Salud Suroccidente ESE

Calle 9 no. 39-46

Teléfonos 7560505

Ciudad.

REFERENCIA : CARTA DE INTENCION DEL CONTRATISTA

Nombre : Jeammy Jennifer Vallejo Cabarcas.

CC : 53083300 Bogota.

Perfil : Auxiliar de enfermería

Respetada Doctora Alexandra Rodríguez reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que me sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme a los términos que se estipulan en la minuta contractual.

Cordialmente.

Jeammy Vallejo
Auxiliar de enfermería
C.C. 53083300

Jeammy Jennifer Vallejo Cabarcas
c.c.53083300 de Bogota

Dirección: Calle 62 A sur No. 73c – 21 Torre 7 Apto. 126
E- mail: jeammyvc@hotmail.com
Tel: 2097364 Celular : 3142434212



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA



1 DATOS PERSONALES

| | | | | | | |
|---|--|---|--|-------------------------------------|------|--|
| PRIMER APELLIDO Vallejo | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Cabarcas | | NOMBRES Jeannery Jennifer | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 53.083.300 | | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | | PAÍS | |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> | | NÚMERO | | D.M. | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 03 MES 07 AÑO 1985 | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cll 62A sur #73-21 Torre 7 Apto. 126 | | | | |
| PAÍS Colombia | | PAÍS Colombia | | DEPTO Cundinamarca | | |
| DEPTO Cundinamarca | | MUNICIPIO Bogotá | | MUNICIPIO Bogotá | | |
| MUNICIPIO Bogotá | | TELÉFONO 314 2434212 | | EMAIL JeanneryVc@hotmail.com | | |

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|----|---|---------------|----------------------------------|
| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: Bachiller académico | | |
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO 03/12/2001 |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 | AÑO 2001 |

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|-------------|----------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| T.C | 4 | X | | Tecnico Laboral auxiliar enfermería | 12 | 2003 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|--------|----------|---|----|--------|---|----|------------|---|----|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE | | | |
|--|--|--|---|
| EMPRESA O ENTIDAD Subred integrada de servicios de salud sur occidente ESEcc Kennedy | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Cundinamarca | MUNICIPIO Bogotá | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS 4480030-4480700 | FECHA DE INGRESO DÍA 07 MES 12 AÑO 2006 | | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de enfermería | DEPENDENCIA Enfermería | DIRECCIÓN Avenida Hoyo #75A-19 sur | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD Sociedad Médica Zipaquira | PÚBLICA <input type="checkbox"/> | PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Cundinamarca | MUNICIPIO Zipaquira | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS 8523971-8520591 | FECHA DE INGRESO DÍA 07 MES 06 AÑO 2004 | | FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2004 |
| CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería | DEPENDENCIA consulta externa | DIRECCIÓN Crr 15 #4A-103 | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 9 | 11 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | | |

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogotá D.C Noviembre 9/2016

Jeammy Valero
Aux. Enfermería
C.C. 33 083 300

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.083.300**
VALLEJO CABARCAS

APELLIDOS
JEAMMY JENNIFER

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1985**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-JUL-2003 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00257210-F-0053083300-20100924

0024093122A 1

1270962004



La República de Colombia
y en su nombre

El Centro Educativo Distrital
Venezia

Jornada - Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 7474 del 19 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Jeanny Jennifer Vallejo Cabarcas

Identificado (a) con C.I. No. 850703-35307 de Staff de Bta
el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Blanca D. Romero L.
Rector

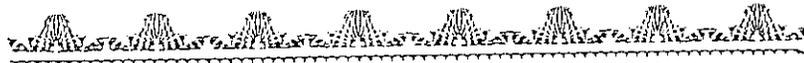
Angel T. Cay U3
Secretario



Anotado al Folio No. 043 Libro de Registro No. 02

Dado en Bogotá D.C. a 3 de Diciembre de 2001

Lo requiere Registro " según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 "
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995



CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL "VENECIA"

Inscripción S.E. 6252
DANE 111001010251

En la ciudad de Bogotá a los Tres (3) días del mes de Diciembre del año 2001, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría del CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL VENECIA JORNADA MAÑANA Institución aprobada hasta Nueva Orden en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por La Secretaría de Educación Distrital para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica según Resolución No. 7474 del Diecinueve (19) de Noviembre del año 1998.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el TÍTULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER
T.I.850703-35307 DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.**

Es fiel copia tomada del acta original general No 015 de fecha 03/12/2001 que consta de 102 alumnos que comienza con el nombre de ACHURY MORALES JOHN FREDY y se cierra con el nombre de ZAMBRANO MISNAZA DIANA CAROLINA Firmado y sellado por BLANCA DORIS ROMERO LOPEZ (Rectora) y LUCY TERESA REY VASQUEZ (Secretaria).

Dada en Bogotá a los Tres (3) días del mes de Diciembre del año 2001

Firmado y sellado

Blanca D. Romero L.
Rector (a) o Director (a)

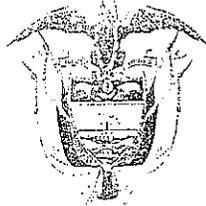
C.C. No. 41.763.332 de Bogotá

Lucy D. Rey U3
Secretario (a)

C.C. No. 51.716.981 de Bogotá

Diploma No. 30

REPUBLICA DE COLOMBIA



CENCA dent

Centro de Formación en Enfermería y Mecánica Dental

RESOLUCIONES OFICIALES Nos. 6182/96 Y 7189/98 Secretaría de Educación
- APROBACION ACUERDO 007/94 y acuerdo 023/97 del Ministerio de Salud

CERTIFICA:

Que Jeanny Jennifer Vallejo Cabarcas

Con C.C. No. 53.083.300 de Bogotá, D.C.

Por cuanto ha cursado los estudios con la intensidad reglamentaria 1800 horas, realizado los trabajos prácticos y presentado los exámenes de rigor, conforme a las disposiciones estatutarias, esta Institución le otorga el certificado de:

Técnico Lab. en Auxiliar en Enfermería

Director General

Director Académico

Director(a) Administrativo(a)

Profesor

LA SECRETARIA

ACTA DE GRADO

(CERTIFICACIÓN)

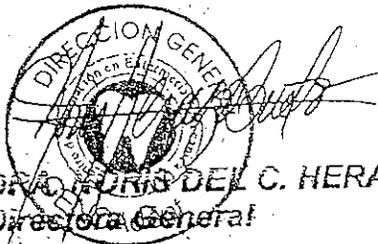
El Centro de Formación en Enfermería y Mecánica Dental CENCADent plantea que basa su programación según los acuerdos ejecutivos Nos. 003 de 1993, 007 de 1994 del Ministerio de Salud, con resolución oficial No. 7109 de 1998 emanada de la Secretaría de Educación del Distrito y por intermedio del Presidente del Consejo Superior.

HACE SABER

Que en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., en la Sede principal de la Escuela, el día 13 de Diciembre de 2.003 se realizó la ceremonia de GRADO del respectivo período académico, presidida por las Directivas de la Institución, quien de acuerdo a lo normado en el reglamento interno del establecimiento, confirmó el certificado que acredita a **JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS** identificada con C.C. 53.083.300 de Bogotá como **TÉCNICO LAB. EN AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Se expide el presente a los 13 días del mes de Diciembre de 2.003, teniendo como testigo a autoridades de la Institución, para que sus firmas formen parte integral del certificado mencionado, y que así éste sirva para los fines que el egresado estime convenientes.

Atentamente:



DIRECCION GENERAL
DRA. LORIS DEL C. HERAZO CUETO
Directora General

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
Fecha de Expedición 15-01-2004



VALLEJO CABARCAS
JEANNY JENNIFER
CC 53083308
AUXILIAR DE ENFERMERIA
SALUD

Jeanny Jennifer Vallejo Cabarcas
JLV-E



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 138 de 07/01/2004

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER Identificado(a) con CC número 53083300 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CTRO DE FORM. EN ENF. Y PROT. DENTAL CENCADENT el día 13/12/2003 y registrado en el libro 1 Folio 8 año 2003

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante este cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER identificado(a) con CC número 53083300 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 07/01/2004

ORIGINAL FIRMADO POR

LIBARDO CHAVEZ GUERRERO

LIBARDO CHAVEZ GUERRERO

Director de Desarrollo de Servicios

vrs



| | |
|---|-------------------------|
| Bogotá, D.C | <u>15-01-2004</u> |
| A la fecha notifique personalmente al señor (a) | <u>Jeammy Vallejo C</u> |
| CC. # | <u>53.083.300 Bta</u> |
| Firma | |

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

53083300

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El ciudadano con Identificación CC
53083300, se encuentra inscrito en el
Registro Nacional de Talento Humano en
Salud.



Certifica a:

JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS

c.c. 53.083.300

Por su asistencia y participación en el curso Teórico de

TOMA, CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y REMISIÓN

MUESTRAS BIOLÓGICAS DE LABORATORIO CLÍNICO Y SERVICIO TRANSFUSIONAL
MANEJO DE HEMOCOMPONENTES

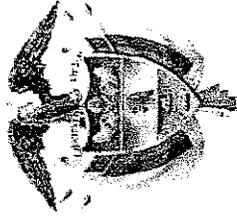
Con una intensidad horaria de dos (2) horas.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C.

El día 2 de Diciembre de 2015

NUBIA SONIA FORERO TORRES

Líder operativo Laboratorio Clínico



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS

Con Cedula de Ciudadanía No. 53.083.300

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCIÓN EN SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintiocho (28) días del mes de abril de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

27320092 - 28/04/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940300945704CC53083300C.



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 53.083.300 de , realizó y aprobó el curso de ATENCION EN SOPORTE VITAL BASICO con una intensidad horaria de Veinte (20) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los veintiocho (28) días del mes de abril de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SENA: Una Organización con Conocimiento



CERTIFICADO

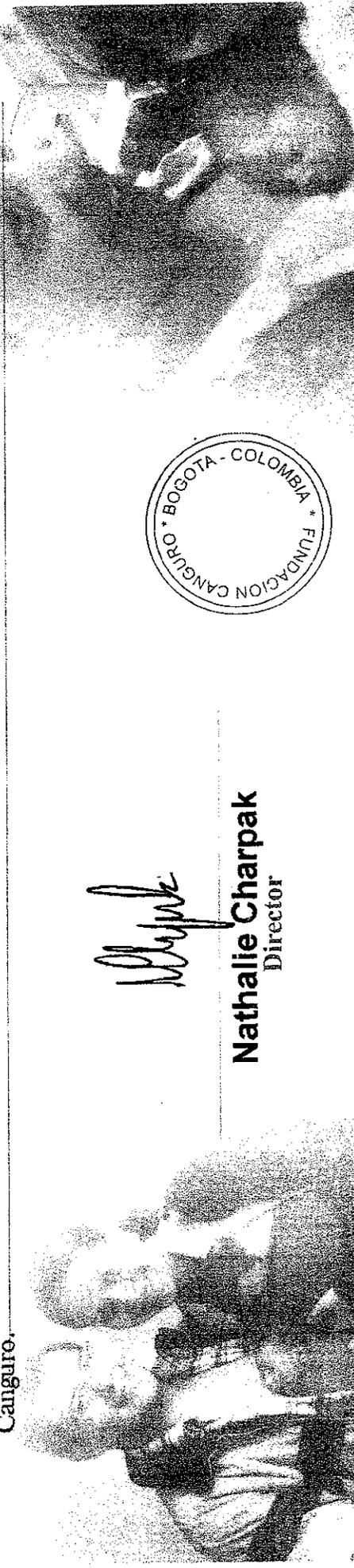
Otorgado a:

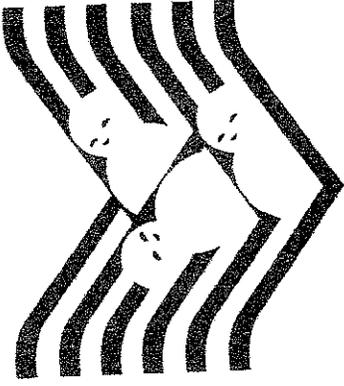
JEAMMY VALLEJO

Por su participación en calidad de

Auxiliar de Enfermería, a la formación para la implementación de "Unidades amigables y abiertas" en la UCIN del Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá D.C., realizado del 07 al 11 de marzo de 2016, en el marco del Convenio de Asociación No 667 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Asociación Colombiana de Neonatología y la Fundación Canguro.

Nathalie Charpak
Director





ASOCIACION COLOMBIANA DE
NEONATOLOGIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA

CERTIFICA QUE:

JEAMMY JENNIFER VALLEJO C.

Asistió al:

Taller teórico-práctico de SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO PREMATURO Y DE ALTO RIESGO,
realizado en la ciudad de Bogotá el día 6 de Agosto de 2016. Intensidad 12 horas.


JOSE MARIA SOLANO S.

PRESIDENTE ASCON



JULIETHA CASTRO GAONA

INSTRUCTOR



CLARA ESPERANZA GALVIS DIAZ

COORDINADORA ACADEMICA TALLER



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

El Centro de Capacitación en Lactancia Materna de la Unidad de Servicios de Salud - Occidente de Kennedy

Certifica que:

Jeanny Jennifer Vallejo Cabarcas

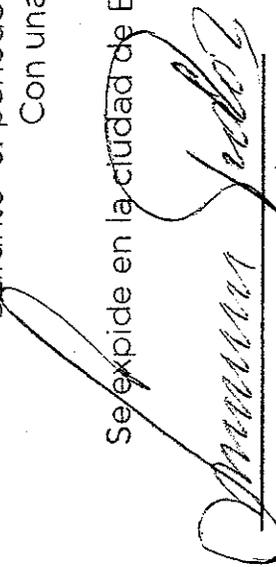
C.C. 53.083.300

Quien asistió al:

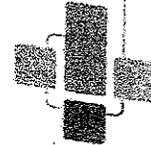
Primer Curso en Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con Enfoque Integral para personal de Salud

Durante el periodo del 02 de Agosto al 04 de Octubre de 2016
Con una intensidad horaria de 40 horas.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de Octubre de 2016


Luis Fernando Pineda Avila
Director Científico
USS - Occidente de Kennedy


Martha Cecilia Prada Chillón
Enfermera Referente Estrategia IAMI Integral
USS - Occidente de Kennedy



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Sur Occidente E.S.E.



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



Comité

Escuela para Auxiliares
de Enfermería "San Rafael"
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios



BMD
Boston Medical Device

OTORGA

Certificado de asistencia

A

Jeammy Jennifer Vallejo

Por su participación en la jornada de actualización en el manejo de heridas y ostomías, realizado en la ciudad de Bogotá el 29 de febrero de 2012 con una intensidad de 4 horas.

Olga Jeanet Céspedes

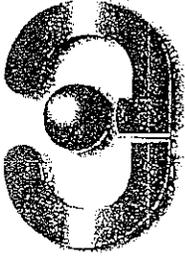
Olga Jeanet Céspedes C.
Directora Escuela para Auxiliares
de Enfermería "San Rafael"

Dr. Carlos H. Rojas

Dr. Carlos H. Rojas
Director Médico Latinoamérica
Boston Medical Device

Teresita Perdomo

Teresita Perdomo
Coordinadora de Ed. Continuada
Boston Medical Device



CENCADENT

Certifica que:

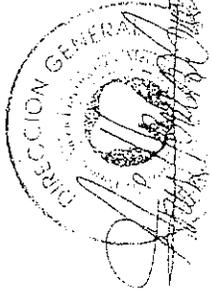
Jeammy Jennifer Vallejo Cabarcas

Identificada con C.C. No. 53.093.300 De: Bagotá

ASISTIO AL PROGRAMA DE

SALUD OCUPACIONAL

Con una duración de: 20 Horas Del 7 al 8 de Diciembre del 2003



Ms. Patricia Celis G.

CENCADent



El Centro de Formación en Enfermería y Mecánica Dental "CENCADent"

CERTIFICA

Jeammy Jenifer Vallejo Cabarcas

Identificada con C.C. No. 53.093.300 de Bogotá

Ha participado y Aprobado el Curso Taller en:

**ABORDAJE Y MANEJO PRE-HOSPITALARIO
DEL PACIENTE CON PARADA
CARDIO - RESPIRATORIA**

Con una intesida horaria Teórico - Práctica de
9 horas

Bogotá D.C., Septiembre 27 de Septiembre de 2003



Directora General

Socorrista

Coordinador del Curso



A QUIEN INTERESE

Con la presente nos permitimos certificar que la señorita JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS, con C.C. No 53.083.300 de Bogota, laboro desde el 7 de junio del 2004 hasta el 31 de diciembre de 2004 como auxiliar de Enfermería de consulta externa oftalmológica demostrando ser una persona seria responsable y cumplidora de sus deberes

La señorita en menciona se distinguió por su don de gente responsabilidad y ética profesional.

En constancia firmo a los 20 días del mes de enero de dos mil cinco (2.005).

Atentamente

*DR. LUIS ENRIQUE BERNAL P.
Medico Oftalmológico*



HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 800.196.939-3

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CER.1064-08

CERTIFICA:

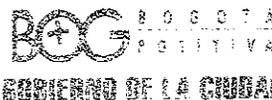
Que VALLEJO CABARCAS JEANMY JENNIFER Identificado con Cédula de Ciudadanía No.53.083.300 de Bogotá, presta sus servicios bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en esta EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL, los cuales se relacionan a continuación:

| CONTRATO -ORDEN DE SERVICIO No. | VALOR TOTAL CONTRATO/OR DEN DE SERVICIO | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | TIPO TOTAL MESES- DIAS* |
|--|--|-----------------|----------------------|-------------------------------|
| 2553 | 875.000 | 07-12-06 | 31-12-06 | 24 DIAS |
| 193 | 1.860.000 | 02-01-07 | 28-02-07 | 2 MESES |
| 193-A | 1.860.000 | 01-03-07 | 30-04-07 | 2 MESES |
| 1172 | 930.000 | 01-05-07 | 31-05-07 | 1 MES |
| 1740 | 1.860.000 | 01-06-07 | 31-07-07 | 2 MESES |
| 1740-A | 1.860.000 | 01-08-07 | 30-09-07 | 2 MESES |
| 2675 | 930.000 | 01-10-07 | 31-10-07 | 1 MES |
| 3394 | 930.000 | 01-11-07 | 30-11-07 | 1 MES |
| 3394-A | 930.000 | 01-12-07 | 31-12-07 | 1 MES |
| 197 | 1.860.000 | 02-01-08 | 29-02-08 | 2 MESES |
| 197-A | 1.860.000 | 01-03-08 | 30-04-08 | 2 MESES |
| 1356 | 1.860.000 | 01-05-08 | 30-06-08 | 2 MESES |
| 2078 | 930.000 | 01-07-08 | 31-07-08 | 1 MES |
| 2636 | 1.860.000 | 01-08-08 | 30-09-08 | 2 MESES |
| 3387 | 1.860.000 | 01-10-08 | 30-11-08 | 2 MESES |

Se expide en Bogotá, Distrito Capital, a solicitud del interesado a los 24 días del mes Noviembre de 2008


 MILTON JOSÉ HERNÁNDEZ ARIZA
 Subgerente Administrativo


 Liz M. Peña T.



HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E.
 POR UN HOSPITAL QUE HACE AVANZAR LA VIDA



AGENCIA ENFERMERA
DE CIUDADANIA
1994-2000

HOSPITAL OCCIDENTE
DE KENNEDY III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICACION DE ACTIVIDADES



LA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA

CER.1474-12

CERTIFICA:

Que **VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER**, Identificada con Cédula de Ciudadanía No.53.083.300 de Bogotá , presta sus servicios bajo la modalidad de orden de prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, ha suscrito con la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL** las siguientes ordenes de prestación de Servicios:

| OPS No. | FECHA INICIO |
|---------|--------------|
| 2553 | 07-12-06 |
| 193 | 02-01-07 |
| 193-A | 01-03-07 |
| 1172 | 01-05-07 |
| 1740 | 01-06-07 |
| 1740-A | 01-08-07 |
| 2675 | 01-10-07 |
| 3394 | 01-11-07 |
| 3394-A | 01-12-07 |
| 197 | 02-01-08 |
| 197-A | 01-03-08 |
| 1356 | 01-05-08 |
| 2078 | 01-07-08 |
| 2636 | 01-08-08 |

Proyecto: Katha Davila-Tecnico Administrativo I

108.06-80107-41-01 | 17.74 F N 040 E 54 501 | T 8 4460030 - 4460700 EXT.181 | RIT 800.196.934-3

Transversal 74 F No 50 B 50 50

Tel. 4460 690 - 4460 700

www.hospitaloccidente.com.co

Información Línea 196

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E.
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E.



AL CALIFICACION
 DE PERSONAL
 DE SERVICIOS

HOSPITAL OCCIDENTE
 DE KENNEDY/NIVEL
 EMPRESA SOCIA. DEL ESTADO

CERTIFICACION DE ACTIVIDADES

| | |
|--------|----------|
| 3387 | 01-10-08 |
| 4351 | 01-12-08 |
| 167 | 02-01-09 |
| 966 | 02-03-09 |
| 1773 | 01-05-09 |
| 2823 | 01-07-09 |
| 3851 | 01-09-09 |
| 3851-A | 01-11-09 |
| 4739 | 01-12-09 |
| 282 | 01-01-10 |
| 1162 | 01-03-10 |
| 2153 | 01-05-10 |
| 3102 | 01-07-10 |
| 3975 | 01-09-10 |
| 4842 | 01-11-10 |
| 170 | 01-01-11 |
| 170-A | 01-02-11 |
| 2947 | 01-03-11 |
| 2947 | 01-07-11 |
| 3733 | 01-09-11 |
| 4426 | 01-11-11 |
| 4426-A | 01-12-11 |
| 118 | 01-01-12 |
| 814 | 01-02-12 |
| 1607 | 01-03-12 |
| 2451 | 01-05-12 |
| 3276 | 01-07-12 |
| 4129 | 01-09-12 |

Proyecto: Katha Davila-Tecnico Administrativo I

001 15-92107-41-47

18.74 P INZ40 B54 807 12 4420331 -4420403 801121

INT.800.156.9343

00007A



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
1991-2011-2015

HOSPITAL OCCIDENTE
DE KENNEDY III NIVEL
EMPRESA ADICIONAL DEL ESTADO

HOSPITAL OCCIDENTE
DE KENNEDY III NIVEL
EMPRESA ADICIONAL DEL ESTADO

CERTIFICACION DE ACTIVIDADES



Se expide en Bogotá, Distrito Capital, a solicitud del interesado con base en la información existente en la Oficina Jurídica, Área de Contratación a los 10 días del mes de **SEPTIEMBRE** de 2012.

CLAUDIA PATRICIA PEDREROS CASTELLANOS
JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA

Proyecto: Kathie Davila-Tecnico Administrativo I

100-05-80107-41-01

19/07/2012 09:54:58 AM - 19/07/2012 09:54:58 AM

Transversal 74 # No 20 B 22 Sur

Tel: 4460 000 - 4460 111

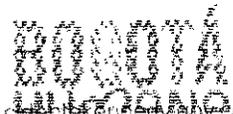
www.hospitaloccidente-kennedy.com

Avenida 11a - 100-11 Sur No 74 A 19 Sur

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E.

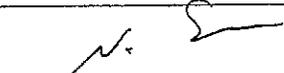
POR UN HOSPITAL QUE HACE AMAR LA VIDA

BOGOTÁ - COLOMBIA



www.hospitaloccidente-kennedy.com



| | | |
|---|----------------------------------|---|
| MODALIDAD DE SELECCION: CONTRATACION DIRECTA | | CAUSAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| ENTIDAD CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E - UNIDAD PRESTADORA - OCCIDENTE DE KENNEDY | | NIT. No. 800.196.939-3 |
| REPRESENTANTE LEGAL (E): NICOLÁS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO | C.C. No. 11.301.591 Girardot | Decreto No. 1017 del 13 de Julio de 2016 de la Secretaría de Salud en su Artículo 2, obrando en nombre y representación legal (E) de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E creada mediante el Acuerdo 641 del 06 de Abril de 2016 expedido por el Concejo de Bogotá D.C., de la cual hace parte la UNIDAD OCCIDENTE DE KENNEDY, Persona Jurídica identificada con Nit No. 800.196.939-3 |
| CONTRATISTA | VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER | C. C. No.53083300 de BOGOTA D.C. |
| ÁREA REQUERENTE | AREA DE ENFERMERIA | NIT. 53083300 -3 |
| DOMICILIO | BOGOTA D.C | FECHA INICIO: 01-Agosto-2016 FECHA TERMINACION: 30-Septiembre-2016 |
| CONSIDERACIONES | | |
| <p>1. El contratante facultado mediante acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, Artículo 195 de la Ley 100 de 1993; Ley 1438 de 2011; las normas que rigen el Derecho Privado, y el contratista igualmente facultado para suscribir el presente documento, convienen de común acuerdo celebrar la presente Adición y Prorroga que se rige por las normas de Derecho Privado, y por las siguientes cláusulas:</p> | | |
| CLAUSULA PRIMERA OBJETO: Adicionar y prorrogar el contrato de prestación de servicios cuyo objeto es AUXILIAR DE ENFERMERIA | | |
| CLAUSULA SEGUNDA: EJECUCIÓN: Prorrogar el término de ejecución del contrato Prestación de Servicios en DOS (2) MESES, desde el 01-Agosto-2016, previa expedición del registro presupuestal. | | |
| CLAUSULA TERCERA: VALOR: El valor de la presente adición y prorroga es la suma de: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS (2.680.000) M/CTE. | | |
| CLAUSULA CUARTA- FORMA DE PAGO: El valor de la presente adición y prorroga se pagará de la siguiente manera: Mensualidades vencidas cada una por valor de UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS (1.340.000) M/CTE., y/o proporcional al número de días de ejecución del contrato con corte al día 30 de cada mes. Los desembolsos se efectuarán dentro de los quince (15) días calendarios siguientes al vencimiento de cada pago, una vez se cuente con el respectivo PAC. El pago estará precedido de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor, previa presentación del informe correspondiente y acreditación del pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud - pensión y riesgos laborales. | | |
| CLAUSULA QUINTA- DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: El valor de la presente adición y prorroga cuenta con respaldo presupuestal según certificado de disponibilidad presupuestal (CDP) No. 7123 de Fecha 22-Julio-2016 y con rubro 32103060101 denominado: CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES PARÁGRAFO: En el evento de existir saldo en el CDP que ampara el presente contrato, éste debe ser liberado por la oficina de presupuesto de acuerdo a los procedimientos de la ESE. | | |
| CLAUSULA SEXTA- DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO: Hacen parte del presente contrato los siguientes documentos: a) Hoja de Vida, soportes de idoneidad, antecedentes disciplinarios, fiscales y demás que se lleguen a requerir; b) Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP). Los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo, ejecución y eventual liquidación del presente contrato. | | |
| CLAUSULA SÉPTIMA: Las demás cláusulas del contrato primigenio continúan vigentes. PARAGRAFO: PERFECCIONAMIENTO: El presente documento se perfecciona con la firma de las partes y la expedición del Registro Presupuestal | | |
| En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D. C., a los 29-Julio-2016 | | |
|  Dr. NICOLÁS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO Gerente (E) Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. -Occidente de Kennedy | |  VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER CC.53083300 Contratista |
| <small>Revisó y Aprobó: Ramón Segura Molina - Profesional Universitario - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. -Occidente de Kennedy; Nora Patricia Jurado - Asesora Jurídica - UPS Occidente de Kennedy.</small> | | <small>La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. - Unidad Prestadora - Occidente de Kennedy certifica que el aquí contratista no tiene antecedentes penales, disciplinarios ni fiscales que impidan celebrar el presente contrato.</small> |
| <small>Proyectó: Ricardo M. Girardo P. - Técnico II - Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.-Unidad Prestadora Occidente de Kennedy</small> | | |



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

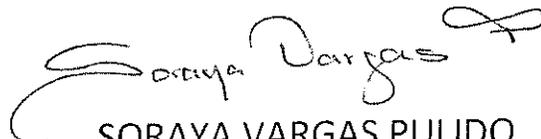
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 4 de noviembre de 2016, a las 16:34:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|--------------|
| Tipo Documento | C.C. |
| No. Identificación | 53.083.300 |
| Código de Verificación | 547177112016 |

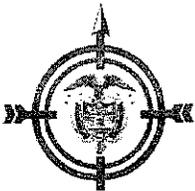
Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.


SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.



PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 88044832



WEB
16:35:57
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de noviembre del 2016

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53083300.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



Bogotá D.C., 4 de Noviembre de 2016 - 16:36 pm

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCA**, quien se identifica con la CEDULA DE CIUDADANIA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS** de BOGOTA

53083300

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio

Institución

Consultas

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/11/2016 a las 16:37:43 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 53083300 y Nombres: VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES** de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

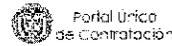
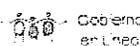
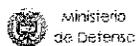
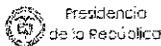
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 5ª N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Todos los derechos reservados 2011.



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Registro Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14261151001



(415)7707212489984(8020) 000001426115100 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 3 0 8 3 3 0 0

6. DV

3

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión Ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

5 3 0 8 3 3 0 0

27. Fecha expedición:

2 0 0 3 0 7 2 3

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

VALLEJO

32. Segundo apellido

CABARCAS

33. Primer nombre

JEAMMY

34. Otros nombres

JENNIFER

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 62 A SUR 73 C 21 TO 7 AP 126

42. Correo electrónico:

jeammyvc@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

2 0 9 7 3 6 4

45. Teléfono 2:

3 1 4 2 4 3 4 2 1 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 6 1 0 3 1

48. Código:

1 2

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

51. Código

52. Número establecimientos

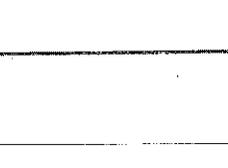
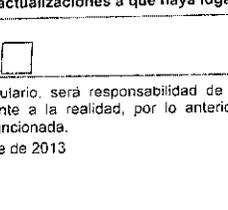
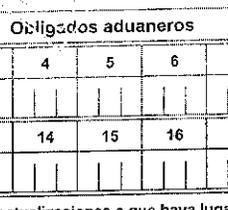
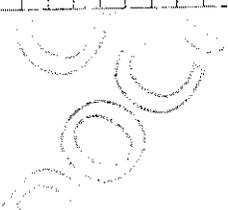
Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

53. Código:

20

20- Obtención NIT





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

Fecha: 03-11-2016

Hora: 5:31:27 PM

Página 1 de 1

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE CC 53083300 JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS

Información

Dirección CL 62 A SUR 73 C 21 TO 7 AP

Teléfonos 2097364-3142434212

Dirección JAMMYVC@HOTMAIL.COM

Fax

Información de

Fecha Inscripción 03/11/2016

Soporte Inscripción 14047809

Fecha Inicio Actividades 31/10/2006

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

MEJOR
PARA TODOS

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Jeammy Jennifer Vallejo Cabarcas
IDENTIFICADO CON: C.C. 1 C.E. 2 T.I. 3 N° 53083300 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bogotá
País Bogotá Departamento Bogotá Municipio Bogotá
Barrio-Dirección Cll 62A sur #73C-21 Torre 7 Apt 126 Teléfonos 312434212-2097364

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|--|------------------------|--------------|
| <u>Jeammy Alejandra Puerto Vallejo</u> | <u>1021683555</u> | <u>Hijo</u> |
| <u>Hilva Elizabeth Cabarcas Celis</u> | <u>51703176B13</u> | <u>Madre</u> |
| <u>Daniel Jesus Vallejo Pae</u> | <u>5350450500J</u> | <u>Padre</u> |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE , QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,

EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|-------------------------------------|-----------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | |
| ARRIENDOS | |
| HONORARIOS | <u>16080.000=</u> |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | |
| TOTAL | \$ 16.080.000= |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE CUENTA | LA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|---------------|-------------------|--------------------|
| <u>Davivienda</u> | <u>Ahorros</u> | <u>000570071409</u> | <u>BOGOTÁ</u> | <u>Bogotá</u> | <u>0</u> |
| | | | | | |
| | | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|--------------------|-------------------------|---------------------|
| <u>Apartamento</u> | <u>505-40540476</u> | <u>\$51.900.000</u> |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
| | |
| | |
| | |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |

c) En la actualidad: SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| | | | | |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE Rafael Antonio Puerto | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | | | N° 79559867 |
| | c.c. <input checked="" type="checkbox"/> | C.E. <input type="checkbox"/> | T.I. <input type="checkbox"/> | |

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

3. FIRMA

| | |
|--|---|
| <p><i>Jeammy Vallejo</i> Aux. Enfermería C.C. 33083300</p> <p>_____</p> <p>FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA</p> | <p><i>Bogotá Enero 19 / 2017</i></p> <p>_____</p> <p>CIUDAD Y FECHA</p> |
|--|---|

DAFP-OAP

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|----------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|-----------|-----------------------|--|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | | |
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Telefono | Exonerado SENA e ICBF | | |
| CC 53083300 | | VALLEJO CABARCAS JEWAMY JENNIFER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 62 A SUR 73 G - 21 TR 7 APTO 126 | 2097364 | SI | | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
| Periodo | Clave | Tipo | Fecha | Pago | | | | | |
| 2016-11 | 100000952 | I | 2016/11/01 | 2016/10/20 | Banco | Dias Mora | Valor | | |
| | 8458311247 | | | | BARCO BOGOTA | 0 | \$213,313 | | |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | | |
|---|-----------------------|----------------|--------|------|------------------|------------------|------------------|------------------|------|-----------------|-----------------|------------|-------|------------|------------|-------|--------------|-----------------|------------|
| | | | | | IBC | Aporte | Valor | IBC | Dias | Valor | IBC | Dias | Valor | IBC | Dias | Valor | IBC | Dias | Valor |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 53083300 | VALLEJO JEWAMY | 25-14 | 30 | \$689,455 | \$110,313 | \$110,313 | \$689,455 | 30 | \$86,200 | \$86,200 | \$0 | 0 | \$0 | \$0 | 14-1 | 30 | \$16,800 | \$0 |
| Total | Afiliados(1) | | | | \$689,455 | \$110,313 | \$110,313 | \$689,455 | | \$86,200 | \$86,200 | \$0 | | \$0 | \$0 | | | \$16,800 | \$0 |

PARAGUADO

Resumen General de Pago

| | |
|--|--------------------------|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | |
| Identificación | Clave Social |
| CC 53083300 | VALLEJO CABARCAS JENIFER |
| Clase Aportante | Clase Aportante |
| INDEPENDIENTE | INDEPENDIENTE |
| Sucursal Principal | Sucursal Principal |
| PRINCIPAL | PRINCIPAL |
| Dirección | Dirección |
| CL 62 A SUR 73 G - 21 TR 7 APTO 126 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. |
| Ciudad-Departamento | Ciudad-Departamento |
| BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. |
| Teléfono | Teléfono |
| 2097364 | 2097364 |
| Exonerado SENA e ICBF | Exonerado SENA e ICBF |
| SI | SI |

| | |
|-----------------------------------|------------|
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | |
| Periodo | Fecha |
| Salud | 2016/11/01 |
| 2016-11 | 2016/11/01 |
| Pago | Pago |
| 1000000952 | 2016/10/20 |
| Planta | Planta |
| 8488311267 | 2016/10/20 |
| Limite | Limite |
| 2016/11/01 | 2016/10/20 |
| Banco | Banco |
| 0 | 0 |
| Valor | Valor |
| \$213,313 | \$213,313 |

| RESUMEN DE PAGO | | CODIGO | | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|--------------------------|-------------|--------|---|-----------|-----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | | | | |
| COLPENSIONES | | | | | | | | | | |
| 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$110,313 | \$0 | \$110,313 | \$0 | \$110,313 | \$110,313 | \$110,313 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | | | | |
| COLPATRIA ARP | | | | | | | | | | |
| 14-4 | 860,002,183 | 9 | 1 | \$16,800 | \$0 | \$16,800 | \$0 | \$16,800 | \$16,800 | \$16,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | | | | |
| COMPENSAR | | | | | | | | | | |
| EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | \$86,200 | \$0 | \$86,200 | \$0 | \$86,200 | \$86,200 | \$86,200 |
| TOTAL | | | | | | | | | | |
| \$213,313 | | | | | | | | | | |

PAGA PARA PAGAR

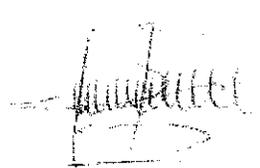
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número **53083300**, se encuentra afiliado (a) desde **01/10/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | |
|---|----------------|--------------------|------------|------------------------------------|
| Novedad | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha | Multivinculación Decreto 3995/2008 |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES | 23 | COLPENSIONES | 01/10/2014 | No Aplica |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de noviembre de 2016.


Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
 DE COLOMBIA
 VIGILADO



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 - 9

CERTIFICA

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa HOSPITAL OCCIDENTE KENNEDY como trabajador independiente con número de afiliación 178818 y con número de NIT 800.196.939, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

| Nombre | Tipo de Identificación | Número de Identificación | Fecha de Inicio cobertura | Tipo de Riesgo | Tasa de Cotización | Fecha Fin Contrato |
|----------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | C.C. | 53.083.300 | 01/01/2016 | III | 2.436 % | 31/12/2016 |

Cordialmente,

M^a. Consuelo Peñuela P.

MARIA CONSUELO PEÑUELA
GERENCIA DE OPERACIONES
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 18 de julio de 2016 a las 02:45:58 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

2016/11/03

BOGOTA
COLOMBIA,

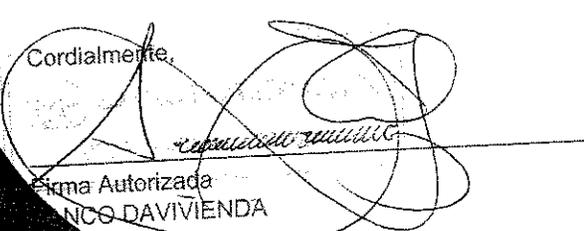
Por medio de la presente hacemos constar que la señora JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS
con Cédula de Ciudadanía número 53083300
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 000570071407

Fecha Apertura 2006/12/14

Cordialmente,


Firma Autorizada
NCO DAVIVIENDA



Adrián Gutiérrez Ruiz

Médico Cirujano

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

MEDICINA GENERAL

CONSULTORIO UNA CUADRAL OCCIDENTE DEL HOSPITAL DE KENNEDY

Av. 1° de Mayo (Transv. 74F N° 40G-51 sur) Tels: 452 04 22 Cels: 321269 4153 - 312 378 7379

FECHA: 08 XI 2016

NOMBRE: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS

C.C. O.T.I. No. 53 083 300 DE: BOGOTÁ

EDAD 31 AÑOS

PESO 60 KLS.

TALLA 155 CMS.

TENSION ARTERIAL 110/80
FC 72 FR 18

AGUDEZA VISUAL OD - OI - USA GAFAS FORMULADAS

ORL BIEN

CARDIOVASCULAR BIEN

PULMONAR BIEN

ABDOMEN BIEN

EXTREMIDADES BIEN

VARICES SI NO

HERNIAS SI NO

**NO PRESENTA SIGNOS O SINTOMAS PATOLOGICOS AL EXAMEN CLINICO
APTO PARA ESTUDIAR O TRABAJAR EN COMUNIDAD**

EL ASPIRANTE ES APTO PARA TRABAJAR SI NO

DEBE RENUNCIAR A ALGUNA PRESENTACIÓN SI NO

OBSERVACIONES VISION: USA GAFAS

DOCTOR

Adrián Gutiérrez Ruiz
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
R. M. INESALUD 13761 BOGOTÁ 9318890

REGISTRO MED. 79318890



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

REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LAS GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL

VERSION: _____
 Fecha de Aprobación: _____
 Código: _____

En prueba

| SUBRED | UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS | MARQUE UNA (X) SEGÚN UNIDAD |
|--------|--------------------------------|-----------------------------|
| 3 | 01-KENNEDY | X |
| | 02-PABLO VI | |
| | 03-SUR | |
| | 04-FONTIBON | |
| | 05.BOSA | |

Quien solicita (Nombre y Apellido): **Diana Maritza Beltrán Bejarano**
 Líder Proceso de Enfermería

Fecha: Día **02** Mes **01** Año **2017**

Dependencia o Sede: **Enfermería**
 UNIDAD: **Kennedy**

| Motivo de la solicitud | Nº CONTRATO | Formato documentos mínimos para celebrar contrato: | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------------------|-------------|--------------------------|---------|--------------|--------------------------|----------|------------|--------------------------|----------|--|------------------|
| <table border="1"> <tr> <td>Contrato Nuevo</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Adición y Prorroga</td> </tr> <tr> <td>Orden Nueva</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Adición</td> </tr> <tr> <td>Modificación</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Prorroga</td> </tr> <tr> <td>Suspensión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Reinicio</td> </tr> </table> | Contrato Nuevo | <input checked="" type="checkbox"/> | Adición y Prorroga | Orden Nueva | <input type="checkbox"/> | Adición | Modificación | <input type="checkbox"/> | Prorroga | Suspensión | <input type="checkbox"/> | Reinicio | | LISTA DE CHEQUEO |
| Contrato Nuevo | <input checked="" type="checkbox"/> | Adición y Prorroga | | | | | | | | | | | | |
| Orden Nueva | <input type="checkbox"/> | Adición | | | | | | | | | | | | |
| Modificación | <input type="checkbox"/> | Prorroga | | | | | | | | | | | | |
| Suspensión | <input type="checkbox"/> | Reinicio | | | | | | | | | | | | |

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO REQUERIDO (Previa verificación presupuestal)
 La subred de enfermería, requiere garantizar apoyo y soporte técnico, como Auxiliar de Enfermería en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan en la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Descripción del servicio solicitado
 Técnicos dentro de la profesión de enfermería quienes ejecutan labores asistenciales y de apoyo a los distintos servicios de salud prestados a los usuarios de acuerdo a las directrices impartidas por el jefe inmediato. Su función es realizar actividades y procedimientos auxiliares relacionados con la formación como técnicos en enfermería.

AREA: ADMINISTRATIVO ASISTENCIAL

PERFIL
 Nombres y Apellidos: **Vallejo Cabezas Jeannmy Jennifer**
 Documento: **52083300**
 Cargo: **Auxiliar de Enfermería**

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: _____
 EXPERIENCIA: (En años) _____

HABILIDADES: Auxiliar de enfermería con 6 meses de experiencia en cuidados al paciente que se caracterice por un trato humanizado al paciente y la familia con facilidad para adherirse a procedimientos institucionales.

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e Incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades Riesgo por no asistencia a las actividades programadas. Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las actividades por realizar. Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas o indicadores. Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas. No entrega de soportes, registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

TIEMPO DE EJECUCIÓN _____ MONTO **1.340.000**

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

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.

ACTOS 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.

RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes.

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 respeto, 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.

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 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.

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 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.

CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION 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.

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

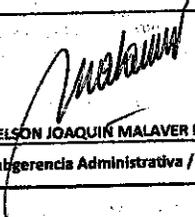
La Referente o Líder de Talento Humano CERTIFICA que analizada la planta actual de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, Unidad Prestadora de Servicios de Salud KENNEDY se encontró que:

el presente requerimiento se tramita por

1. no existencia del perfil requerido;
2. por insuficiencia del mismo;
3. por existencia de lista de elegibles para provisión de cargo o por la necesidad de contratar a un profesional con conocimientos específicos.

Unidad Funcional de Talento Humano


DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO
Nombre y firma del referente o líder


NELSON JOAQUÍN MALAVER MONTAÑA
Vo.Bo. Subgerencia Administrativa / Servicios de Salud


LUIS FERNANDO PINEDA AVILA
Vo.Bo. Subgerente Científico/Subred Suooccidente

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 04 de 2017

COP. No. 1618

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **ORIGINAL**

CERTIFICA:

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : UOIA COORDINACION MEDICA

CODIGO RUBRO.....: 1100013210300000000000501
 CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501
 NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 5,223,569,592.00
 PRESUPUESTO DISPONIBLE : 45,486,575,284.00
 SALDO DE APROPIACION : 50,710,144,876.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: ALEXANDRA RODRIGUEZ GOMEZ., EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO. PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
 CONTRATACION DE AUXILIAR DE ENFERMERIA

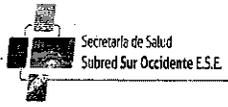
FOR UN VALOR INICIAL DE : 3.573.333.00
 CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00
 PARA UN VALOR ACTUAL DE : 3.573.333.00

TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON 00/100 MVCTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 5,223,569,592.00 LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
 DISPONIBILIDAD NETA : 45,483,001,951.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

ELSA JUDITH CABALLERO PRIETO
 RESPONSABLE PRESUPUESTO

| | | | | |
|--|---|----------------------|-----------|--|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL | Versión: | |  |
| | | Fecha de aprobación: | | |
| | | Código: | En prueba | |

| SUBRED | UNIDAD | MARQUE (X) SEGÚN LA UNIDAD | (ORDEN PRESTACIÓN DE SERVICIOS) CONTRATO No. | AÑO |
|--------|-------------|----------------------------|--|------|
| 3 | 01-KENNEDY | X | 1-1594 | 2017 |
| | 02-PABLO VI | | | |
| | 03-SUR | | | |
| | 04-FONTIBON | | | |
| | 05-BOSA | | | |

| |
|---|
| OBJETO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como <u>AUXILIAR DE ENFERMERIA</u> dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución. |
| CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 |
| CONTRATISTA: VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER |
| CEDULA No. 53.083.300 |
| VALOR TOTAL: TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 3.573.333,00) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: DOS MESES (2) Y VEINTE (20) DIAS CALENDARIO |
| FECHA INICIO: 11 de enero de 2017 |
| FECHA TERMINACIÓN: 31 de marzo de 2017 |
| SUPERVISOR: BELTRAN BEJARANO DIANA MARITZA |

Entre los suscritos **LUIS FERNANDO PINEDA AVILA**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.269.492 expedida en Bogotá, Subgerente de prestación de servicios Cód. 090- Grado 05 De la Unidad Prestadora De Servicios De Salud-UPSS Occidente de Kennedy de la Sub Red Integrad De Servicios De Salud Sur Occidente E.S.E., obrando en su calidad de delegado de la gerencia para la suscripción de Ordenes de Prestación de Servicios, como consta en la resolución No. 14 del 06 de Enero de 2017, en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**, Nit.900.959.048-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultado para celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER**, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el **CONTRATISTA**, En ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6º del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO:** a) Que mediante el Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016 "Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones", la Empresas Sociales del Estado Pablo VI Bosa, Occidente de Kennedy, Bosa II Nivel, Del Sur y Fontibón se fusionaron en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. b) Que mediante el Decreto 171 del 08 de abril de 2016 se designaron durante el periodo de transición los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada por el Acuerdo Distrital mencionado. c) Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. d) Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. e) Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del **CONTRATISTA**.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:** Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: **Específicas:** (conforme a las contenidas al requerimiento) **Generales:** Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 4. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suoccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo.

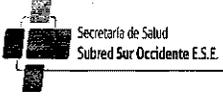
Handwritten signature/initials

Handwritten signature

| | | | | |
|---|---|----------------------|-----------|---|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL | Versión: | |  |
| | | Fecha de aprobación: | | |
| | | Código: | En prueba | |

Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MICTE (\$3.573.333,00)**. **CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato será cancelado por el CONTRATANTE con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 1618 del 04 de enero de 2017, Código del Rubro: 321030501/ CONTRATACION SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES Vigencia: 2017**, expedido por el área financiera -Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El CONTRATANTE cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales de **UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MICTE (\$1.340.000,00)**, susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: 1. Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. 2. Planilla que soporte que se hayan realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes. Si EL CONTRATISTA pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES:** Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el CONTRATANTE efectuará las siguientes deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. En todo caso las retenciones que el CONTRATANTE efectúe, estarán a cargo del **CONTRATISTA**. **SEXTA.- TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El término de ejecución del presente contrato será por el término de **DOS MESES (2) Y VEINTE (20) DIAS CALENDARIO**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. **SÉPTIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que el CONTRATISTA requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del contrato, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El CONTRATANTE, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del CONTRATISTA, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto no habrá lugar a indemnizaciones. **OCTAVA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El CONTRATANTE se compromete para con el CONTRATISTA además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el CONTRATISTA para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. **NOVENA.- CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN:** El CONTRATISTA no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del CONTRATANTE. **DÉCIMA.- SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; salvo casos asociados al cuidado de la salud debidamente soportados, en caso de superarse este término se tramitará la terminación

11

| | | | | |
|---|---|---|----------------------|-----------|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL | | Versión: | |
| | | | Fecha de aprobación: | |
| | | | Código: | En prueba |
| | |  | | |

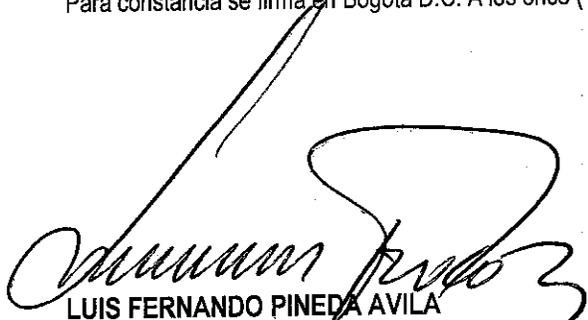
del contrato de forma bilateral o unilateral. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. **DÉCIMA PRIMERA.- GARANTÍAS:** Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en el área asistencial o administrativa que conlleven atención a usuarios, manejo de dinero o activos fijos, actividades de confianza, se obliga a suscribir de acuerdo a su perfil, las siguientes pólizas: **PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato y por una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios y un (1) año más (Profesional Especializado de Cartera y Glosas, Profesional Especializado para el apoyo de la Gestión de Representación Judicial, Profesional Especializado apoyo para el trámite de los Procesos Disciplinarios en primera instancia, Químico Farmacéutico y Regente de Farmacia, Profesional de Activos Fijos, Referente de Mantenimiento, Líder de Adquisiciones, Referente de Almacén, Profesional Especializado de Presupuesto, Técnico Administrativo de Tesorería, Auxiliares Operativos, Conductores de Ambulancia, o quien haga sus veces); **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONES MÉDICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD** hasta por la suma mínima de cien (100) S.M.M.L.V. (Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en el área asistencial de consulta externa, urgencias y hospitalización, como: Médicos (incluidos los del Plan de Intervenciones Colectivas), Médicos Especialistas, Médicos veterinarios, Odontólogos, Odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería y Bacteriólogos. La Póliza debe cubrir la vigencia del presente contrato y un (1) año más, la Póliza será constituida por una Compañía de Seguros debidamente establecida en Colombia cuya póliza matriz se encuentre aprobada por la Superintendencia Financiera, con el fin de garantizar indemnización por los perjuicios derivados por causa o con ocasión del presente contrato. **DÉCIMA SEGUNDA.- CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del CONTRATISTA este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. **PARÁGRAFO PRIMERO:** De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuenta su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el CONTRATISTA no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el CONTRATANTE podrá iniciar las acciones legales respectivas. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el PARAGRAFO PRIMERO de la presente cláusula. **DÉCIMA TERCERA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley. **DÉCIMA CUARTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el CONTRATANTE, de conformidad con la Ley. **DÉCIMA QUINTA.- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte y la presentación de los Paz y Salvos de Inventarios expedido por Activos Fijos y de Archivo sobre la devolución de bienes y documentos a su cargo y el Paz y Salvo de Facturación, Cartera y Glosas para proceder con el último pago de los honorarios, al finalizar el contrato o cualquiera de sus adiciones. No obstante en caso de existir saldo a reversar procederá la respectiva liquidación de mutuo acuerdo o unilateralmente. Si dentro de los cuatro (4) meses o en el término indicado en la ley, siguientes a la terminación y/o proyección del acta que da por terminado el contrato; el CONTRATISTA no se presentare a la suscripción de la misma o no llegaren las partes a un acuerdo sobre su contenido; la administración procederá mediante acto administrativo motivado, el cual es susceptible del recurso de reposición, a liquidar el mismo. **DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Formato de requerimiento debidamente diligenciado. b) Afiliación al fondo de Pensiones y Administradora de Riesgos Laborales A.R.L. c) Afiliación a una Entidad Promotora de Salud, d) Certificado de disponibilidad presupuestal. e) Fotocopia del Registro Único Tributario – R.U.T. f) Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. **DÉCIMA SEPTIMA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN:** a) Por terminación del plazo de ejecución, b) Por mutuo acuerdo entre las partes, c) Por muerte del CONTRATISTA, d) Por incumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del CONTRATANTE. e) Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. f) Por imposibilidad del CONTRATISTA para ejercer la profesión u oficio. g) Por orden de autoridad competente. h) Las demás indicadas en el texto del contrato. **DÉCIMA OCTAVA.- CLÁUSULAS EXORBITANTES:** En cuanto a la CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL, el presente contrato se regirá por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la ley 80 de 1993. **DÉCIMA NOVENA. – CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El CONTRATISTA se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del CONTRATANTE y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del CONTRATANTE a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el

M

| | | | | |
|---|---|----------------------|-----------|---|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL | Versión: | |  |
| | | Fecha de aprobación: | | |
| | | Código: | En prueba | |

CONTRATISTA directa o indirectamente del **CONTRATANTE**, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el **CONTRATISTA**, en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del **CONTRATANTE** entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA**. **VIGÉSIMA – INDEMNIDAD:** El **CONTRATISTA** mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el **CONTRATISTA** en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE**, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE**, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE**. **VIGÉSIMA PRIMERA.- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL:** El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE**. **VIGÉSIMA SEGUNDA.- INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA:** El **CONTRATISTA** es una persona independiente a la del **CONTRATANTE**, y en consecuencia, el **CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE**, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE**. **VIGÉSIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal. **VIGÉSIMA CUARTA.- SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo de **BELTRÁN BEJARANO DIANA MARITZA**, o quien designe el **ORDENADOR DEL GASTO**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA**, de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016, " *Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.*", emitido por la Junta Directiva de la Subred. **VIGÉSIMA QUINTA.- DOMICILIO:** Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C., y para efectos de notificaciones el **CONTRATISTA** autoriza el correo electrónico **NO REGISTRA**

Para constancia se firma en Bogotá D.C. A los once (11) días del mes de Enero de dos mil diecisiete (2017).


LUIS FERNANDO PINEDA AVILA
 SUBGERENTE UPSS OCCIDENTE DE KENNEDY
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
 SUR OCCIDENTE E.S.E.
CONTRATANTE


VALLEJO CABARCAS JEANNY JENNIFER
 C.C. No. 53.083.300
CONTRATISTA

| | | | |
|---|--------------------------------|------------------------|---|
| Los abajo firmantes declaramos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma. | | | |
| | Nombre | Cargo | Firma |
| Revisado y Aprobado por: | Ramón Segura Molina | Asesor Jurídico |  |
| Proyectado por: | Deiby Leonardo Giraldo Orjuela | Técnico Administrativo | |
| | | | Fecha (D-M-A) |
| | | | 11/01/2017 |
| | | | 11/01/2017 |

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Enero 11 de 2017

CRP. No. 5428

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 195 DE 2007, HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2017 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: UO1A COORDINACION MEDICA

CODIGO RUBRO.....: 11000132103000000000000501

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501

NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

APECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 1618

LA SUMA INICIAL DE : 3.573.333.00

CON UN REINTEGRO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 3.573.333.00

TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS C 00/100 M/OTE

Secretaria de Salud

Sub-entidad: Unidad de Servicios de Enfermería

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: CONTRATACION AUXILIAR DE ENFERMERIA

NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: DES 1-1594

A NOMBRE DE: VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIF

C.C. o NIT : 53083300

OBJETO : CONTRATACION AUXILIAR DE ENFERMERIA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN O A LOS 11 DIAS DEL MES DE Enero DE 2017.

ELSA JUDITH CABALLERO PRIETO RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE DE MANEJO PRESUPUESTAL

CUENTAS POR PAGAR
rcpimpfac 4.1.1.1
SERVINTE S.A.

SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.

PAG. 235
Fecha: 2017/02/05
Hora: 16:52:34

DETALLE DE FACTURAS Periodo Contable 2017/01

Fuente: *
Desde: 23319 Hasta: 24212 - ENERO

FUE: 37 CA
PROVEEDOR: 53083300

NUM-DOC: 23553

NUM-FACTURA: 1-1594
NOMBRE: VALLEJO CABARCAS JEANNY JENNY

FEC-DOC: 2017/01/31
VALOR FACTURA:

FEC-VEN: 2017/01/31
884.703

| DETALLE DE CONCEPTOS : | CONCEPTO | NOMBRE | TIPO | VALOR | BASE |
|------------------------|----------|--------------------------------|------|---------|---------|
| | 202 | RET. ICA 9.6641000 | A | 8.630 | 893.333 |
| | 519 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICO | C | 893.333 | |
| TOTAL | | | | 884.703 | 893.333 |

DETALLE CONTABLE :

| CUENTA | NOMBRE | DESCRIPCION | C.CO | NOMBRE-C.CO | DEBITOS | NIT | CREDITOS | NOMBRE-NIT | DOC-ANE | BASE |
|----------|---------------------------|---------------------------|----------|---------------------------|---------|----------|----------|---------------------------|---------|------------|
| 0227 | COMISIONES HONORARIOS Y | PLAN CANGURO-HOSPITAL KEN | 53083300 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | 893.333 | 53083300 | 8.630 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | 01-1594 | |
| | OPS 1-1594 11-31E17 | | | | | | | RETETICA 9.66 ACTIVIDAD | | 893.333.00 |
| 24362703 | RETENCION ICA POR COMPRAS | | 53083300 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | | 53083300 | 8.630 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | 01-1594 | |
| | OPS 1-1594 11-31E17 | | | | | | | RETETICA 9.66 ACTIVIDAD | | 893.333.00 |
| 24255301 | SERVICIOS | | 53083300 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | | 53083300 | 884.703 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | 01-1594 | |
| | OPS 1-1594 11-31E17 | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | 893.333 | | 893.333 | | | |

Ordenador del Gasto Area A. v Financiera

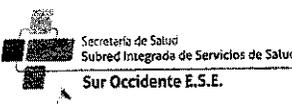
= PRESUPUESTO =

=
=
=
=
=
=
=
=

Presupuesto Tesoreria

Responsabilidad Recibi, firma y sello

23553

| | | | | |
|---|--|---------------------|---------------|---|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA | Versión | 1 |  |
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|-----|----------------------------------|---|-----------------|----------------------|-----------------|---|-----------------|------------|-----------------|---|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | | | C.C | X | C.E | NO. | | | 53083300 | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | jeammyvc@hotmail.com | | | | CELULAR: | | | 3142434212 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | Occidente de Kennedy | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | | | | | PROGRAMA CANGURO | | | SEDE: | | KENNEDY | | |
| CENTRO DE COSTOS: | | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | | G710 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | | | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | | | AHORROS | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | | 000570071407 | | | | PENSIONADO | | | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|-------|------------------------|---------------|-----|------|--------------------------|-----|-----|------|--------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | | | 1-1594/2017 | | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | 1 de 3 | |
| NÚMERO DE CDP | | 1618 | FECHA | 04/01/17 | NÚMERO DE CRP | | | FECHA | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | | | | 11 | 1 | 2017 | | 31 | 1 | 2017 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$893.333 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | | | Asistencial | | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONCEPTO | | VALORES |
|---|--|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | | \$3.573.333 |
| VALOR EJECUTADO | | \$893.333 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | | \$893.333 |
| VALOR A LIBERAR | | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | | \$2.680.000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | | 25% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.723.650, 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8460420703 | \$689.450 | \$86.181 | \$110.312 | 3 | \$16.795 | \$213.288 |

Dado en Bogotá a los () días del mes de Enero del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para el pago pertinente. Cordialmente,

[Firma]

[Firma]
JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS
Auxiliar Enfermería
C.C. 53083300

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

EL SUSCRITO INTERVENTOR O SUPERVISOR HACE CONSTAR QUE:

El contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones pactadas en la ops: **No 1-1594/2017** FECHA DE INICIO: 11/01/2017 / F.DE TERMINACION: 31/03/2017

| | |
|-----------------------------------|---|
| CONTRATISTA | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS |
| IDENTIFICACION CONTRATISTA | 53083300 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR EN ENFERMERIA |
| AREA FUNCIONAL: | PROGRAMA CANGURO |
| Area que certifica: | ENFERMERIA |

ACTIVIDADES BASICAS DE ENFERMERIA:

CUMPLE: X NO CUMPLE: NO APLICA:

1. Realizar en forma técnica, eficaz y oportuna el transporte de los usuarios a los diferentes servicios, según este indicado para la toma de exámenes diagnósticos y Traslado a otros servicios. -2. Realizar el traslado de muestras de sangre, fluidos, secreciones etc., al Laboratorio Clínico, UCI, Patología etc., de acuerdo a normas epidemiológicas de Precaución Universal en el manejo de fluidos. -3. Trasladar los usuarios en forma oportuna a citas médicas programadas y Valoraciones por especialidades, según las necesidades de cada uno.

OTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES.

CUMPLE: X NO CUMPLE: NO APLICA:

6. Reclamar y trasladar las Historias Clínicas y documentos que se requieran para el ingreso de hospitalización y el Egreso de los pacientes, según sea necesario. -11. Llenar a cabalidad los formatos de 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 firma y sello.

RECIBO Y ENTREGA DE TURNO

CUMPLE: X NO CUMPLE: NO APLICA:

8. Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo.

RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO.

CUMPLE: X NO CUMPLE: NO APLICA:

9. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica 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. -16. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución. -18. Responder y resarcir en forma oportuna al usuario y antes de control ante los requerimientos interpuestos por fallas atribuibles a la prestación del servicio del contrato pactado.

EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD.

CUMPLE: X NO CUMPLE: NO APLICA:

7. Mantener en impecable estado de aseo los elementos de transporte de los pacientes Como son: Camillas y Sillas de Ruedas, informando sobre las necesidades de Mantenimiento oportuno. -15. 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.

MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION.

CUMPLE: X NO CUMPLE: NO APLICA:

4. Mantener suministro de material para la toma de muestras de Laboratorio, Alcohol, Esparadrapo y material de curación, suficiente para las necesidades del servicio. -5. Llevar los insumos de Farmacia de acuerdo a las solicitudes previas. -12. 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. -20. MANEJO Y CONTROL DE BIENES. El CONTRATISTA deberá enmarcar dentro de los principios de transparencia, eficiencia, economía, eficacia y equidad, consagrados en la Constitución y la Ley, el manejo de los bienes de propiedad o a cargo del Hospital, y en todos los casos será responsable por los bienes entregados para la ejecución del contrato.

CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE.

CUMPLE: X NO CUMPLE: NO APLICA:

10. Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención. -17. Asistir a los cursos de inducción, bioseguridad, organizados por la Institución para el personal nuevo con el fin de fortalecer sus políticas de mejoramiento continuo.

1. Certifico que el contratista cumplió a satisfacción lo previsto en los objetivos, obligaciones, actividades y demás disposiciones contemplado en el requerimiento presentado al inicio de la orden de prestación de servicios y que ejecuto del 11 de ENERO al 31 de ENERO

2. El contratista presentó la planilla de pago en la que consta que efectuó el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión, y riesgos laborales, para el periodo certificado, que se revisó el monto de cada uno de los aportes en la planilla, se constató que se ajusta a la base de liquidación correspondiente al valor del contrato u orden contractual.

Se expide la presente constancia para efectos del respectivo pago en la ciudad de Bogotá, en el mes de ENERO del año 2017



Nombre Enfermero Servicio

Jeanny Vallejo
AUX. Enfermería
C.C. 53 083 300

Nombre del Contratista

[Signature]

Nombre del Supervisor

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|-----------------|---------------|------------|-------------------------------------|---------------------|---------|-----------|--|-------------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | Clase Aportante | | Dirección | | Ciudad-Departamento | | Teléfono | | Licitación SENAE e ICBF | |
| Identificación | dv | Razon Social | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. | 2097364 | | | SI | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | Tipo | | Fecha | | Banco | | Dias Mora | | Valor | |
| Periodo | Salud | Planilla | Planilla | Limite | Pago | BANCO BOGOTÁ | | 0 | | \$213.313 | |
| 2017-01 | 2017-01 | 100000664 | 8460420703 | 2017/01/02 | 2016/12/23 | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|--------------|--|----------------|--------|---------|------------------|------------------|--------|-------|-----------------|------------|--------|------|------------------|-----------------|--------|---------|------------|------------|------|--------------|------------|--|--|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | | |
| | SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | \$689,455 | \$110,313 | | | \$86,200 | \$0 | | | \$689,455 | \$16,800 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | | |
| | Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | \$689,455 | \$110,313 | | | \$86,200 | \$0 | | | \$689,455 | \$16,800 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | | |
| | Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados) | | | | \$689,455 | \$110,313 | | | \$86,200 | \$0 | | | \$689,455 | \$16,800 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | | |
| 1 | CC 13083300 | VALLEJO JEANNY | 15-14 | 30 | \$689,455 | \$110,313 | EPS008 | 30 | \$86,200 | \$0 | 14-28 | 30 | \$689,455 | \$16,800 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | | |
| Total | Afiliados(1) | | | | \$689,455 | \$110,313 | | | \$86,200 | \$0 | | | \$689,455 | \$16,800 | | | \$0 | \$0 | | | \$0 | | |

BOGOTÁ

DIC 22 2016 16:42:44 RBMLCT 4.22
CORRESPONSAL
LUMA DROGAS TIMIZA
CRA 74 40-20 SUR

BANCO DE BOGOTÁ

C. UNICO: 0014688162
V. ELECTRON
**4901
RECAUDO

RECIBO: 009436
TER: AAAMZ707
Cc
RRR: 019779
APRO: 297524

SERVICIO: 1506
FACTURA: 000000000000008460420703
**** PAGO FACTURA ****
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO \$ 213.313

FECHA PLANILLA: 2017/01
VALOR PLANILLA: \$ 213.313
VALOR COMISION: \$ 0
VALOR IVA: \$ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 12/23
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

Manuel Torres Rubio C.
Empresario U. No. 1
51850739

Jeanny Vallejo
Aux. Enfermería
C.C. 53 083 300

Jeanny Vallejo

Jeanny Vallejo
53 083 300 Btá

Manuel Torres Rubio C.
Empresario U. No. 1
51850739

Jeanny Vallejo
Aux. Enfermería
C.C. 53 083 300

Jeanny Vallejo
53 083 300 Btá

Resumen General de Pago

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|----------------------------------|---------------|--------------------|------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------|---------|----------|--|-----------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | Clase Aportante | | Sucursal Principal | | Dirección | | Ciudad-Departamento | | Teléfono | | Asegurado SENA e ICBF | |
| Identificación | dv | Razon Social | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | PRINCIPAL | CL 63 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. | 2097364 | SI | | | |
| CC 53083300 | | VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER | | | | | | | | | | | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | | | | | |
| Periodo | Clave | Planilla | Tipo | Fecha | Pago | Banco | Dias Mora | Valor | | | | | |
| 2017-01 | 1000000654 | 8460420703 | 1 | 2017/01/02 | 2016/12/23 | BANCO BOGOTÁ | 0 | \$213,313 | | | | | |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------------|----|----------|------------------|-----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFLIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORIA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | \$110,313 | \$0 | \$0 | \$110,313 | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$110,313 | \$0 | \$0 | \$110,313 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | \$16,800 | \$0 | \$0 | \$16,800 | |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | 14-28 | 800,256,161 | 9 | 1 | \$16,800 | \$0 | \$0 | \$16,800 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | \$86,200 | \$0 | \$0 | \$86,200 | |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | \$86,200 | \$0 | \$0 | \$86,200 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$213,313 | \$0 | \$0 | \$213,313 | |

PAGA DADO

Jeammy Vallejo
Jeammy Vallejo
 Aux Enfermería
 C.C. 53 083 300



Jeammy Vallejo
 53083-300

CUENTAS POR PAGAR

SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.

PAG.

89

rcdimofac 4.1.1

Fecha: 2017/03/02

SERVINTE S.A.

DETALLE DE FACTURAS

Periodo Contable 2017/02

Hora: 15:49:39

Fuente: 37

Desde:

26101

Hasta:

26268 - f

FUE: 37 CA

NUN-DDC: 26189

NUN-FACTURA: 1-1594

FEE-DDC: 2017/02/25

FEE-VEN: 2017/02/25

PROVEEDOR: 53083300

NOMBRE: VALLEJO CABARCAS JEANNY JENN

VALOR FACTURA:

1.327.056

| DETALLE DE CONCEPTOS : | CONCEPTO | NOMBRE | TIPO | VALOR | BASE |
|------------------------|----------|---------------------------------|-------|-----------|-----------|
| | 202 | RET. ICA 9.66x1000 | A | 12.944 | 1.340.000 |
| | 519 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS | C | 1.340.000 | |
| | | | TOTAL | 1.327.056 | 1.340.000 |

DETALLE CONTABLE :

| CNTA | NOMBRE | DESCRIPCION | C.CO | NOMBRE-C.CO | DEBITOS | NIT | CREDITOS | NOMBRE-NIT | CONC | NOMBRE CONC | DDC-ANE | BASE |
|----------|---------------------------|--------------------------------|----------|---------------------------|-----------|-----|-----------------------|------------|------|-------------|---------|--------------|
| 73240227 | COMISIONES,HONORARIOS Y | 68710 PLAN CAMBIO-HOSPITAL NEN | 53083300 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | 1.340.000 | | | | | | 01-1594 | |
| | | 11594-2017 | | | | | | | | | | |
| 2703 | RETENCION ICA POR COMPRAS | | 53083300 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | 12.944 | 27 | RETETICA 9.66 ACTIVID | | | | 01-1594 | 1.340.000.00 |
| | | 11594-2017 | | | | | | | | | | |
| 24255301 | SERVICIOS | | 53083300 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | 1.327.056 | | | | | | 01-1594 | |
| | | 11594-2017 | | | | | | | | | | |
| | | TOTAL | | | 1.340.000 | | 1.340.000 | | | | | |

Ordenador del Gasto Area A. y Financiera

= PRESUPUESTO =
 =====
 =
 =
 =
 =
 =
 =
 =
 =
 =

Presupuesto

Tesoreria

Contabilidad

Recibi. firma y sello

20189

407

| | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|--|
| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA | | Versión 1 | |
| | | | Fecha de aprobación 09/11/2016 | |
| | | | Código: 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|-----|----------------------------------|---|-----------------|-----|----------------------|----------|-----------------|---|-----------------|---|--|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | | | C.C. | X | C.E. | NO. | | 53083300 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | jeammyvc@hotmail.com | | | | CELULAR: | | 3142434212 | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | Occidente de Kennedy | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | | PROGRAMA CANGURO | | | | SEDE: | | KENNEDY | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | |
| | | G710 | 100 | | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | | | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORROS | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | | 000570071407 | | | | PENSIONADO | | No | | | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------|------------------------|---------------|--------------------------|------|--------|----------|-----|------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | | | 1-1594/2017 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 2 de 3 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | 1618 | FECHA | 04/01/17 | NÚMERO DE CRP | | 5428 | FECHA | 11/01/17 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | ✓ | 2 | 2017 | | 28 | 2 | 2017 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$1.340.000 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

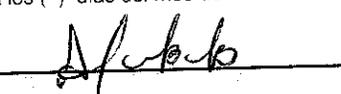
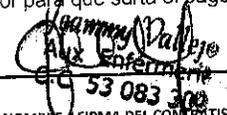
| CONCEPTO | | VALORES |
|---|--|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | | \$3.573.333 |
| VALOR EJECUTADO | | \$2.233.333 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | | \$1.340.000 |
| VALOR A LIBERAR | | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | | \$1.340.000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | | 62% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.723.650, 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8461433907 | \$738.000,00 | \$92.250 | \$118.080 | 3 | \$17.978 | \$228.308 |

Dado en Bogotá a los () días del mes de Febrero del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------------------|---|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|---|---|------|--|----|---|------|
| Ubicación del Servicio: | PROGRAMA CANGURO | Sede: KENNEDY | | | | | | | | | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 1-1594 /2017 | Periodo certificado desde el | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">Día</td> <td style="width:10%;">Mes</td> <td style="width:10%;">Año</td> <td style="width:10%;">a</td> <td style="width:10%;">Día</td> <td style="width:10%;">Mes</td> <td style="width:10%;">Año</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>2017</td> <td></td> <td>28</td> <td>2</td> <td>2017</td> </tr> </table> | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | 1 | 2 | 2017 | | 28 | 2 | 2017 |
| Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 2017 | | 28 | 2 | 2017 | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | C. C. 53.083.300 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 ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

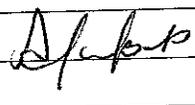
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI NO Servicios: SI NO

| 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. Ejecutar 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 respeto, 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 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 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 de Cuentas) **1.000.000.000 (UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCT.)**

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS, C.C. 53083300 BTA.

 Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibo supervisor: 

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | | | | | | |
|----------------|----|----------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|---------------------|----------|------------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SEINA e ICBF |
| CC 5308300 | | VALLEJO CABARCAS JEANMY JENNIFER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 726 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2097364 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| | | | | | | |
|---------------|------------|------|------------|------------|-----------|-----------|
| Período | Clave | Tipo | Fecha | Pago | Días Mora | Valor |
| Salud 2017-02 | 8461433907 | 1 | 2017/02/01 | 2017/01/30 | 0 | \$228,350 |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES-MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$118,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | | |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | 14-28 | 800,256,161 | 9 | 1 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$18,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | | |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | \$92,250 | \$0 | \$0 | \$92,250 |
| | | | | | \$228,350 | \$0 | \$0 | \$228,350 |

VALOR A PAGAR

M. Torres
 Maria Teresa Robinson C.
 Enjameria U. Nal
 51650735



Jeanmy Vallejo
 Kux Enfermería
 C.C. 55 083 300
Alubato

DETALLE DE FACTURAS Periodo Contable 2017/03

Fuente: 37

Desde: 27683 Hasta: 27750 - m

FUE: 37 CA NUM-DOC: 27728 NUM-FACTURA: 1-1594 // FEC-DIG: 2017/03/28 FEC-VEN: 2017/03/28
 PROVEEDOR: 53083300 NOMBRE: VALLEJO CABARCAS JEANNY JENN VALOR FACTURA: 1.327.056

| DETALLE DE CONCEPTOS : | CONCEPTO | NOMBRE | TIPO | VALOR | BASE |
|------------------------|----------|---------------------------------|-------|-----------|-----------|
| | 202 | RET. ICA 9.66 ANIL ACT.SERVICIO | A | 12.944 | 1.340.000 |
| | 319 | REMUNERACION SERVICIOS PIC | C | 1.340.000 | |
| | | | TOTAL | 1.327.056 | 1.340.000 |

DETALLE CONTABLE :

| CUENTA | NOMBRE | DESCRIPCION | C.D.D | NOMBRE-C.D.D | DEBITOS | NIT | CREDITOS | NOMBRE-NIT | COND | NOMBRE COND | DOC-ANE | BASE |
|----------|------------------------------|-----------------------|-------|--------------|-----------|----------|-----------|---------------------------|------|----------------------|---------|--------------|
| 73130227 | COMISIONES,HONORARIOS Y SERV | PLAN DANBURD-HOSPITAL | KEN | 53083300 | 1.340.000 | 53083300 | | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | | | 1-1594 | |
| | | OTO.1-1594/17 MARZO | | | | | | | | | | |
| 21262703 | RETEICA 9.66 ACTIV. SERVI | | | 53083300 | 12.944 | 53083300 | 37 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | 37 | RETEICA 9.66 ACTIVID | 1-1594 | 1.340.000.00 |
| | | OTO.1-1594/17 MARZO | | | | | | | | | | |
| 24285301 | SERVICIOS | | | 53083300 | 1.327.056 | 53083300 | | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | | | 1-1594 | |
| | | OTO.1-1594/17 MARZO | | | | | | | | | | |
| | | TOTAL | | | 1.340.000 | | 1.340.000 | | | | | |

Subred Intencionada de Servicios de Salud

Subred Intencionada de Servicios de Salud

Ordenador del Gasto Area A. y Financiera
 PRESUPUESTO
 Presupuesto Tesoreria
 Contabilidad Recibi. firma y sello

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

215
27728

| | | | | |
|--|--|---------------------|---------------|--|
| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA | Versión | 1 | |
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|-----|----------------------------------|---|---------------------------------------|-----|-----------------|----------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | | | C.C | X | <input checked="" type="checkbox"/> E | NO. | | 53083300 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | jeammyvc@hotmail.com | | | | CELULAR: | | 3142434212 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | Occidente de Kennedy | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | | | | PROGRAMA CANGURO | | SEDE: | | KENNEDY | |
| CENTRO DE COSTOS: | | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | | G710 | 100 | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | | | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORROS | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | | 000570071407 | | | | PENSIONADO | | No | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|-------|------------------------|---------------|-----|-----|--------------------------|-------|----------|-----|-----|------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | | | 1-1594/2017 | | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 3 de 3 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | 1618 | FECHA | 04/01/17 | NÚMERO DE CRP | | 428 | FECHA | | 11/04/17 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | | | DESDE | | DIA | MES | AÑO | HASTA | | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | | 1 | 3 | 2017 | | | 31 | 3 | 2017 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$1.340.000 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | | | Asistencial | | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | |

OBSERVACIONES:

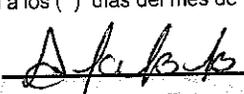
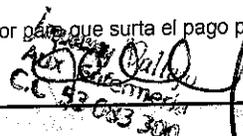
| CONCEPTO | | VALORES |
|---|--|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | | \$3.573.333 |
| VALOR EJECUTADO | | \$3.573.333 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | | \$1.340.000 |
| VALOR A LIBERAR | | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | | \$0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.844.293, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

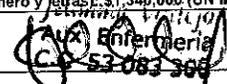
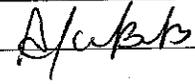
| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8462671719 | \$738.000,00 | \$92.250 | \$118.080 | 3 | \$17.978 | \$228.308 |

Dado en Bogotá a los () días del mes de Marzo del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



| Ubicación del Servicio: | | PROGRAMA CANGURO | | Sede: KENNEDY | | |
|---|----------------------------------|---|--|---|-----|--------|
| No. DE CONTRATO: | 1-1594 /2017 | Periodo certificado desde el | | Día | Mes | Año |
| | | | | 1 | 31 | 2.017 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | C. C. | 53.083.300 | 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 ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente | | | | | | |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 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 basicos de enfermería a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnosticos 4-Asistir al paciente en sus actividades basicas | 1-Anecdario 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 cronologicamente | 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 respeto, 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-Anecdario 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, reintagos 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, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION 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): \$1.340.000 (UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCT.) | | | | | | |
|  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS C.C. 53083300 BTA. | | | | Fecha: 09/11/2016 Firma de recibido supervisor:  | | |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. | | | | | | |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|-------------------------------------|----|---------------------|-----------------------|
| Identificación | dv | Clase Aportante | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 53083300 | | INDEPENDIENTE | SI |
| VALLEJO CABARCAS JEANWAY JENNIFER | | PRINCIPAL | |
| CL 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 176 | | DIRECCION | BOGOTIA-BOGOTIA D.E. |
| | | CIUDAD-DEPARTAMENTO | BOGOTIA-BOGOTIA D.E. |
| | | TELEFONO | 2097364 |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|
| Periodo | Clave | Tipo | Pago |
| 2017-03 | 8462671719 | 1 | 2017/02/27 |
| Salud | Pago | Limite | Valor |
| 2017-03 | 1000000058 | 2017/03/01 | \$228,350 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|-----------------|--------|---------|-----------|-----------|--------|-------|-----------|----------|--------|-------|-----------|----------|--------|---------|-----------|----------|------|--------------|----------|--|--|
| EMPLLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
| No. | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$738,000 | \$118,100 | | | \$738,000 | \$92,250 | | | \$738,000 | \$18,000 | | | \$738,000 | \$18,000 | | | \$0 | | |
| Ciudad: BOGOTIA Depox: BOGOTIA D.E. (1 Afiliados) | | | | | \$738,000 | \$118,100 | | | \$738,000 | \$92,250 | | | \$738,000 | \$18,000 | | | \$738,000 | \$18,000 | | | \$0 | | |
| 1 | CC 53083300 | VALLEJO JEANWAY | 25-14 | 30 | \$738,000 | \$118,100 | EPS008 | 30 | \$738,000 | \$92,250 | 0 | 14-28 | 30 | \$18,000 | 0 | 14-28 | \$738,000 | \$18,000 | 0 | 14-28 | \$18,000 | | |
| Total Afiliados(1) | | | | | \$738,000 | \$118,100 | | | \$738,000 | \$92,250 | | | \$738,000 | \$18,000 | | | \$738,000 | \$18,000 | | | \$0 | | |

BOGOTIA

John...
C.C. 53 083 300

Maria Teresa Robinson C.
Especialista en...
31537754

[Handwritten Signature]

Resumen General de Pago

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|----------------------------------|-------|-----------------|------|--------------------|------------|-------------------------------------|--------------|---------------------|----------|----------|--|-----------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | Razon Social | | Clase Aportante | | Sucursal Principal | | Direccion | | Ciudad-Departamento | | Teléfono | | Exonerado SEMA e ICBF | |
| Identificación | dv | VALLEJO CABARCAS JEANMY JENNIFER | | INDEPENDIENTE | | PRINCIPAL | | CL 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 116 | | BOGOTA-BOGOTA D.E. | | 2097764 | | SI | |
| CC | 53083300 | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | | | | | | | |
| Periodo | Salud | Pago | Clave | Planilla | Tipo | Fecha | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor | | | | |
| 2017-03 | 100000058 | 846267719 | | 1 | | 2017/03/01 | 2017/03/01 | 2017/02/27 | BANCO BOGOTA | 0 | 5228,350 | | | | |

| RESUMEN DE PAGO | | RIESGO | | CODIGO | | NIT | | DV | | AFILIADOS | | VALOR LIQUIDADO | | INTERESES/MORA | | SALDOS INCAPACIDADES | | VALOR A PAGAR | |
|---------------------------|--|--------|--|--------|--|-------------|---|----|--|-----------|--|------------------|-----|----------------|-----|----------------------|-----------|------------------|--|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | | | | 1 | | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$118,100 | | |
| COLPENSIONES | | | | 25-14 | | 900,336,004 | 7 | | | 1 | | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$118,100 | | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 14-28 | | 800,256,161 | 9 | | | 1 | | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$18,000 | | |
| ARP SURTA (ANTES SURATEP) | | | | | | | | | | 1 | | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$18,000 | | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | EPS008 | | 860,066,942 | 7 | | | 1 | | \$92,250 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$92,250 | | |
| COMPENSAR | | | | | | | | | | 1 | | \$92,250 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$92,250 | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | \$228,350 | | \$0 | | \$0 | | \$228,350 | |

PAGO

Jeanny Vallejo
 Aux Enfermería
 C.C. 53 083 300

Maria Teresa Poliano C.
 Enfermera
 C.C. 210 19755

Slabca

FEB 24 2017 15:06:33 REMICT 4.22
 CORRESPONSAL
 LUMA DROGAS TIMIZA
 CRA 74 40-20 SUR
 BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0014688162
 V. ELECTRON
 **4901
 RECAUDO

RECIBO: 013893
 TER: AAANZ707
 RRN: 029239
 APRO: 319666

SERVICIO: 1506
 FACTURA: 000000000000008462671719
**** PAGO FACTURA ****
 TRANSACCION EXITOSA

\$ 228.350

RECAUDO

FECHA PLANILLA: 2017/03
 VALOR PLANILLA: \$ 228.350
 VALOR COMISION: \$ 0
 VALOR IVA: \$ 0
 PAGO APLICADO EN MM/DD: 02/27
 *** CLIENTE ***
 MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
 NACIONAL: 01 8000518877

Jeanny Vallejo
 Aux Enfermería
 C.C. 53 083 300

Slabca

| | | | | |
|--|--|----------------------|---------------|--|
| | REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL | Versión: | 1 | |
| | | Fecha de aprobación: | 24/02/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0005 | |

| | | | | | |
|--|--------------------|---------------------------------------|-----|------|---------------------|
| SUBRED | | UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS | | | |
| 3 | 01- KENNEDY | X | | | |
| | 02-PABLO VI | | | | |
| | 03-SUR | | | | |
| | 04-FONTIBON | | | | |
| | 05.BOSA | | | | |
| Quien solicita: DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO | | Fecha de la Solicitud | | | Dependencia o sede: |
| | | Día | Mes | Año | |
| | | 22 | 3 | 2017 | |
| Motivo de la solicitud (Marque con una X) | | No CONTRATO | | | ENFERMERIA |
| Contrato Nuevo | Adición y Prorroga | X | | | |
| Orden Nueva | Adición | 1-1594-2017 | | | |
| Modificación | Prorroga | | | | |
| Suspensión | Reinicio | | | | |
| | | | | | |
| Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural | | | | | |

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO
(Previa verificación presupuestal)

La oficina de ENFERMERIA requiere garantizar el Apoyo en la elaboración y suscripción de los procesos Contractuales como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan en la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Descripción del servicio solicitado

Técnicos dentro de la profesión de enfermería quienes ejecutan labores asistenciales y de apoyo a los distintos servicios de salud prestados a los usuarios de acuerdo a las directrices impartidas por el jefe inmediato. Su función es realizar actividades y procedimientos auxiliares relacionados con la formación como técnicos en enfermería.

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

EXPERIENCIA: (6 MESES) EN:

HABILIDADES: Auxiliar de enfermería con 6 meses de experiencia en cuidados al paciente que se caracterice por un trato humanizado al paciente y la familia con facilidad para adherirse a procedimientos institucionales.

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. Riesgo por no asistencia a las actividades programadas. Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las actividades por realizar. Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores. Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas. No entrega de soportes, registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad.

| TIEMPO DE EJECUCION | MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lápiz) | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | | VALOR UNITARIO (meses, horas, actividades a contratar) | CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar) | VALOR TOTAL | Observaciones |
|---------------------|--|---|------|--|--|-------------|---------------|
| | | MES | HORA | | | | |
| 3 MESES | | X | | 1,340,000 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

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, deambulacion 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.

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.

RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes.

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 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.

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 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.

MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: 29. Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, manteniendo con ellos el registro de mantenimiento.-30. Revisar las necesidades del servicio y mantener los elementos adecuados.-31. 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.-32.Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.-33. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.-34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-35.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.

CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 35. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 36. Identificar necesidades de capacitación detrás de su grupo de trabajo, promoviendo capacitaciones internas en su área.

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

La Referente o Líder de Talento Humano CERTIFICA que analizada la planta actual de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, Unidad Prestadora de Servicios de Salud se encontró que: el presente requerimiento se tramita por 1. no existencia del perfil requerido; 2. por insuficiencia del mismo; 3. por existencia de lista de elegibles para provisión de cargo o por la necesidad de contratar a un profesional con conocimientos específicos.

| | |
|--|--|
| DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO Nombre y firma del referente o líder | NELSON JOAQUIN MALAVER MONTAÑA Vo.Bo. Subgerencia Administrativa / Servicios de Salud |
|--|--|



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio

Instrucción

Contáctenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/03/2017 a las 14:31:12 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 53083300 y Nombres: VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

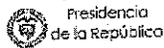
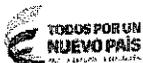
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 24-21, CAM, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3157111/9112 • Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3157581 • E-mail: linea-directa@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.



Bogotá D.C., 21 de Marzo de 2017 - 14:22 pm

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS**, quien se identifica con la CEDULA DE CIUDADANIA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS** de BOGOTA

53083300

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 93062249**



WEB
14:20:12
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de marzo del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53083300:

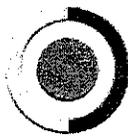
NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 21 de marzo de 2017, a las 14:15:44, el número de identificación, relacionado a continuación, ~~NO SE ENCUENTRA~~ REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|--------------|
| Tipo Documento | C.C. |
| No. Identificación | 53.083.300 |
| Código de Verificación | 544985132017 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.


SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 518 7000

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Marzo 03 de 2017

CDP. No. 9640

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO **COPIA**

CERTIFICA:

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : U01A COORDINACION MEDICA

CODIGO RUBRO.....: 11000132108000000000000501

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501

NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| SALDO DE DISPONIBILIDADES : | 8.675.921.461.00 |
| PRESUPUESTO DISPONIBLE : | 26.224.631.473.00 |
| SALDO DE APROPIACION : | 34.900.552.934.00 |

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: LUIS FERNANDO PINEDA AVILA. EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO. PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

ADICION A CONTRATO OPS 1-1594 AUXILIAR DE ENFERMERIA

| | |
|-------------------------------|--------------|
| POR UN VALOR INICIAL DE : | 4.020.000.00 |
| CON UN VALOR REINTEGRADO DE : | .00 |
| PARA UN VALOR ACTUAL DE : | 4.020.000.00 |

CUATRO MILLONES VEINTE MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 8.675.921.461.00 LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS. DISPONIBILIDAD META : 26.220.611.473.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.

ELSA JUDITH CABALLERO PRIETO
RESPONSABLE PRESUPUESTO

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
UNIDAD OCCIDENTE DE KENNEDY**



| SUBRED | UNIDAD | MARQUE (X) SEGÚN LA UNIDAD | ADICIÓN Y PRÓRROGA A LA ORDEN O CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | |
|--------|-------------|-------------------------------|---|-------------------------|
| 3 | 01-KENNEDY | X | 1-1594-2017 ✓ | ADICION Y PRORROGA ✓ |
| | 02-PABLO VI | | | |
| | 03-SUR | | | |
| | 04-FONTIBON | | | |
| | 05-BOSA | | | |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| ENTIDAD CONTRATANTE | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | NIT. No. 900.959.048-4 ✓ |
| REPRESENTANTE LEGAL | LUIS FERNANDO PINEDA AVILA C.C. 79.269.492 de Bogotá ✓ | Delegado de la gerencia para la suscripción de Ordenes de Prestación de Servicios, Resolución No. 14 del 06 de Enero de 2017 |
| CONTRATISTA | VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER ✓ | C. C. 53.083.300 ✓ |

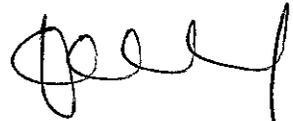
Entre los suscritos **LUIS FERNANDO PINEDA AVILA**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.269.492 expedida en Bogotá, Subgerente de prestación de servicios Cód. 090- Grado 05 De la Unidad Prestadora De Servicios De Salud-UPSS Occidente de Kennedy de la Sub Red Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente E.S.E., obrando en su calidad de delegado de la gerencia para la suscripción de Ordenes de Prestación de Servicios, como consta en la resolución No. 14 del 06 de Enero de 2017, en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**, Nit.900.959.048-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultado para celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. 53.083.300, en su calidad de Contratista, hemos convenido celebrar la presente **Adición y Prórroga** a la Orden o Contrato de Prestación de Servicios No. 1-1594 de 2017, previas las siguientes consideraciones: 1.-) Que el día 11 de enero de 2017, entre la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE y el Contratista se celebró la Orden de Prestación de Servicios o contrato No. 1-1594 de 2017, cuyo objeto es prestar los servicios profesionales y de apoyo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, de acuerdo a las necesidades de la Institución 2.-) Que el plazo de ejecución inicial de la misma se pactó por el término de **DOS MESES (2) Y VEINTE (20) DIAS CALENDARIO**, contados a partir del **11 de enero de 2017** Hasta el **31 de marzo de 2017**. 3.-) Que el valor inicial de la Orden o contrato fue la suma de **TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 3.573.333,00) M/CTe**. 4.-) Que mediante requerimiento del **SUPERVISOR** de la presente Orden o contrato, solicita adicionar el valor de la Orden o Contrato en un monto de **CUATRO MILLONES VEINTE MIL PESOS M/CTE (\$ 4.020.000,00)**, y prorrogar el plazo de ejecución de la Orden o Contrato en un término de **3 MESES** más. 5.) Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor de la Orden o contrato No. 1-1594 de 2017 en un monto de **CUATRO MILLONES VEINTE MIL PESOS M/CTE (\$ 4.020.000,00)**. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Prorrogar el plazo de ejecución en un término de **3 MESES** más, contados a partir de 01 de abril de 2017 hasta el día 30 de junio de 2017. **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor de la orden o contrato No. 1-1594 de 2017, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **SIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 7.593.333,00)**. **CLÁUSULA CUARTA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente Adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA QUINTA:** La suma de dinero a que la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** queda obligado en virtud de esta **Adición Prórroga**, se subordina a las apropiaciones presupuestales que de la misma se hagan en el respectivo presupuesto de la entidad y se pagará con cargo al Código Presupuestal **321030501- CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES**, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **9640** de fecha **03 de marzo de 2017**, expedido por el responsable del presupuesto del área financiera. En todo caso el pago estará supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **CLÁUSULA SEXTA: EL CONTRATISTA:** se obliga a ampliar las garantías pactadas, (si a ello hubiere lugar) descritas en el contrato inicial, por el valor adicionado en los porcentajes y para los efectos pactados en esta adición; (si aplica) y además se obliga a presentarlas en la Oficina Jurídica -Contratación del Subred, para su aprobación dentro de los **Cinco (05) días**, siguientes a la suscripción del presente documento. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Las demás



Handwritten signature

condiciones y obligaciones de la Orden o Contrato 1-1594 de 2017 se mantienen sin modificación. **CLAUSULA OCTAVA:** La presente Adición y Prórroga a la Orden o Contrato de Prestación de Servicios No. 1-1594 de 2017 se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá DC., el día 31 de Marzo de 2017.


LUIS FERNANDO PINEDA AVILA
 SUBGERENTE UPSS OCCIDENTE DE KENNEDY
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD


VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER
 Contratista

Supervisor de la OPS: *LIDER PROCESO DE ENFERMERIA*

Los abajo firmantes declaramos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma.

| | Nombre | Cargo | Firma | Fecha(D-M-A) |
|----------------|--------------------------------|------------------------|--|---------------------|
| Elaborado por: | Delby Leonardo Giraldo Orjuela | Técnico Administrativo | | 31 de Marzo de 2017 |
| Aprobado por: | Ramón Segura Molina | Asesor Jurídico |  | 31 de Marzo de 2017 |

JOE

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

1594

FECHA DE EXPEDICION: Marzo 31 de 2017

CRP. No. 10266

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO ORIGINAL

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 y 14 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2017 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: UOJA COORDINACION MEDICA

CODIGO RUBRO.....# 11000132103000000000000501

CODIGO PRESUPUESTAL.....# 321030501

NOMBRE RUBRO.....# CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 9640

LA SUMA INICIAL DE : 4,020,000.00
CON UN REINTEGRO DE : .00
POR UN VALOR ACTUAL DE : 4,020,000.00
CUATRO MILLONES VEINTE MIL PESOS CON 00/100 P/M/CTE

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE: ADICION A CONTRATO OPS 1-1594 AUXILIAR DE ENFERMERA
NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: OPS 1-1594
A NOMBRE DE: VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIF
C.C. o NIT : 53083300
OBJETO : ADICION A CONTRATO OPS 1-1594 AUXILIAR DE ENFERMERA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN O A LOS 31 DIAS DEL MES DE Marzo DE 2017.

[Signature]
ELSA JUDITH CABALLERO PRIETO
RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SUJETADA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE ES DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

127

CUENTAS POR PAGAR
rcpimofac 4.1.1
SERVINTE S.A.

SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.

PAG. 6
Fecha: 2017/04/27
Hora : 11:12:51

DETALLE DE FACTURAS Periodo Contable 2017/04

Fuente: 37

Desde: 29322 Hasta: 29651 - a

FUE: 37 CA
PROVEEDOR: 53083300

NUM-DOC: 29327

NUM-FACTURA: 1-1594

FEC-DOC: 2017/04/26

FEC-VEN: 2017/04/26

NOMBRE: VALLEJO CABARCAS JEANNY JENIA

VALOR FACTURA: 1.327.056

| DETALLE DE CONCEPTOS : | CONCEPTO | NOMBRE | TIPO | VALOR | BASE |
|------------------------|----------|--------------------------------|------|-----------|-----------|
| | 202 | RET. ICA 9.66 XMIL ACT.SERVICI | A | 12.944 | 1.340.000 |
| | 519 | REMUNERACION SERVICIOS PIC | C | 1.340.000 | |
| | | TOTAL | | 1.327.056 | 1.340.000 |

DETALLE CONTABLE :

| ENTA | NOMBRE | DESCRIPCION | C.CD | NOMBRE-C.CD | DEBITOS | NIT | CREDITOS | NOMBRE-NIT | CONC | NOMBRE CONC | DOC-ANE | BASE |
|----------|-----------|---------------------------|-------|---------------------------|-----------|----------|-----------|---------------------------|------|----------------------|---------|--------------|
| 73130227 | | CONDICIONES,HONORARIOS Y | 56710 | PLAN CANGURO-HOSPITAL KEN | 1.340.000 | 53083300 | | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | | | 01-1594 | |
| | | OPS 1-1594 1-30A17 | | | | | | | | | | |
| 5301 | SERVICIOS | | | | | 53083300 | 1.327.056 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | | | 01-1594 | |
| | | OPS 1-1594 1-30A17 | | | | | | | | | | |
| 24362703 | | RETEICA 9.66 ACTIV. SERVI | | | | 53083300 | 12.944 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | 27 | RETEICA 9.66 ACTIVID | 01-1594 | 1.340.000.00 |
| | | OPS 1-1594 1-30A17 | | | | | | | | | | |
| | | TOTAL | | | 1.340.000 | | 1.340.000 | | | | | |

Ordenador del Gasto Area A. v Financiers

= PRESUPUESTO =

~~Presupuesto~~ Tesoreria

=

Contabilidad

=

Recibi. firma y sello

=

=

29327

| | | | | |
|--|--|---------------------|---------------|--|
| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA | Versión | 1 | |
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|-----|----------------------------------|---|-----------------|----------------------|-----------------|---|-----------------|------------|-----------------|---|--|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | | | C.C. | X | C.E. | NO. | | | 53083300 | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | jeammyvc@hotmail.com | | | | CELULAR: | | | 3142434212 | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | Occidente de Kennedy | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | | | | | PROGRAMA CANGURO | | | SEDE: | | KENNEDY | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | |
| | | G710 | 100 | | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | | | DAVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | | | AHORROS | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | | 000570071407 | | | | | | PENSIONADO | | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------|--|------------------------|---------------------|-----|--------------------------|-------|-------|--------|-----|-----|------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | | | 1-1594/2017 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 4 DE 6 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | 9640 | | FECHA | NÚMERO DE CRP | | | FECHA | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | | | DESDE | | DIA | MES | AÑO | HASTA | | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | | 1 | 4 | 2017 | | | 30 | 4 | 2017 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$1.340.000 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONCEPTO | | VALORES |
|---|--|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | | \$7.593.333 |
| VALOR EJECUTADO | | \$4.913.333 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | | \$1.340.000 |
| VALOR A LIBERAR | | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | | \$2.680.000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | | 65% |

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 \$1.844.293, 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8463987082 | \$737.717,00 | \$92.215 | \$118.035 | 3 | \$17.971 | \$228.220 |

Dado en Bogotá a los () días del mes de ABRIL del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

[Firma]
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

[Firma]
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 1
Fecha de aprobación: 09/11/2018
Código: 15-02-FO-0003



ALCALÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
19000

| | | | | | | | |
|--|------------------------------|---------------|------------|------|-----|--------|------|
| Ubicación del Servicio: PROGRAMA CANGURO | | Sede: KENNEDY | | | | | |
| No. DE CONTRATO: 1-1594 /2017 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| | | 1 | 4 | 2017 | 30 | 4 | 2017 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | C. C. | 53.083.300 | | 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 ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI NO Servicios: SI 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 cálculos 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 basicos de enfermería a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos 4-Asistir al paciente en sus actividades basicas | 1-Anecdótico 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 cronologicamente | 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 respeto, 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 |
| 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 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-Anecdótico 2-Lista de verificación aseo y desinfección |
| MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FÍSICOS, 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 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 |
| CAPACITACION, EDUCACION CLÍNICA E INVESTIGACION 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): \$1.340.000 (UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCT.)

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS, C.C. 53083300 B7A
 Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: *[Firma]*

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

[Firma]

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|-----------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante |
| CC 53083300 | | VALLEJO CABARCAS JEANMY JENNIFER | INDEPENDIENTE |
| Exonerado SENA e ICBF | | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| | | 2097364 | SI |
| Ciudad-Departamento | | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. | |
| Direccion | | CL 42 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO. 126 | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | |
| Periodo | Clave | Tipo | Pago |
| Salud | Pago | Planilla | Dias Mora |
| 2017-04 | 100000905 | 8463987082 | 0 |
| Sucursal Principal | | Banco | |
| PRINCIPAL | | BANCO BOGOTÁ | |
| Fecha | | Valor | |
| 2017/03/23 | | \$228,400 | |

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------------|----------------|--------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|----------|----------|----------|------|-----|--------|---------|------|----------|----------|--------------|-----|--------|--------|------|----------|----------|---|-----|-----|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Limites | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | | | |
| 1 | 53083300 | VALLEJO JEANMY | 25-14 | 30 | \$118,100 | \$737,717 | \$118,100 | \$737,717 | 0 | \$92,300 | \$92,300 | \$92,300 | 0 | \$0 | \$0 | 14-28 | 30 | \$18,000 | \$18,000 | 0 | \$0 | \$0 | 14-28 | 30 | \$18,000 | \$18,000 | 0 | \$0 | \$0 |
| Total Afiliados(1) | | | | | | \$737,717 | | | | \$92,300 | | | | | \$0 | | | | \$18,000 | | | | | | | \$18,000 | | | |

BOGOTÁ

MAR 23 2017 13:12:20 REMICT 4.22
CORRESPONSAL
LUMA DROGAS TIMIZA
CRA 74 40-20 SUR

BANCO DE BOGOTÁ

C. UNICO: 0014688162 TER: AAAMZ707
V. ELECTRON CC
*66931 RECIBO: 015929 RRN: 133584
RECAUDO APRD: 262804

SERVICIO: 1506
FACTURA: 000060000000008463987082
**** PAGO FACTURA ****
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO \$ 228.400

FECHA PLANILLA: 2017/04
VALOR PLANILLA: \$ 228.400
VALOR COMISION: \$ 0
VALOR IVA: \$ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 03/23
***** CLIENTE *****
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

Jenny Vallejo
Aux Enfermería
C.C. 53083300

Jenny Vallejo
Aux Enfermería
C.C. 53083300

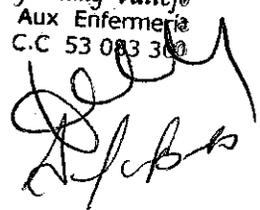
| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|----------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | | |
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | |
| CC 53083300 | | VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. | 2097364 | Si | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|----------|------------|--------------|-----------|--|--|--|--|
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
| Periodo | Clave | Tipo | Fecha | Pago | Valor | | | | |
| Pensión | Planilla | Planilla | Límite | Pago | Valor | | | | |
| 2017-04 | 1000000905 | 1 | 2017/04/04 | 2017/03/23 | 0 | | | | |
| | 8463987082 | | | BANCO BOGOTÁ | \$228,400 | | | | |

| RESUMEN DE PAGO | | VALORES A PAGAR | | | | | | |
|--------------------------|--------|-----------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES/MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$118,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$118,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$18,000 |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | 14-28 | 800,256,161 | 9 | 1 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$18,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$92,300 | \$0 | \$0 | \$92,300 |
| COMPENSAR | EP5008 | 860,066,942 | 7 | 1 | \$92,300 | \$0 | \$0 | \$92,300 |
| TOTAL | | | | 1 | \$728,400 | \$0 | \$0 | \$728,400 |

PAGA PAGADO

Jeammy Vallejo
Aux Enfermería
C.C 53 083 300



DETALLE DE FACTURAS Periodo Contable 2017/05

Fuente: 37

Desde: 31483 Hasta: 31489 - MAYO

176

FUE: 37 CA MUN-000: 31575 MUN-FACTURA: 1-1594 FEC-000: 2017/05/26 FEC-WEN: 2017/05/26
 PROVEEDOR: 53083300 NOMBRE: VALLEJO CARRANCA JEANNY JENNY VALOR FACTURA: 1.327.056

| DETALLE DE CONCEPTOS : | CONCEPTO | NOMBRE | TIPO | VALOR | BASE |
|------------------------|----------|---------------------------------|------|-----------|-----------|
| | 207 | REI. TCA 9.66 XHII ACT.SERVICIO | A | 12.944 | 1.340.000 |
| | 519 | REMUNERACION SERVICIOS PTC | C | 1.340.000 | |
| | | TOTAL | | 1.327.056 | 1.340.000 |

DETALLE CONTABLE :

| CUENTA | NOMBRE | C.C.D | NOMBRE-C.C.D | MIT | NOMBRE-MIT | DOC-ANE |
|----------|----------------------------------|----------------------------|--------------|---------------------------|------------------|---------|
| | DESCRIPCION | | DEBITOS | CREDITOS | CONC NOMBRE CONC | BASE |
| 73130227 | COMISIONES HONORARIOS Y SERVICIO | PLAN CARRIBO-HOSPITAL. MEN | 53083300 | VALLEJO CARRANCA JEANNY J | 1-1594 | |
| | CTO.1-1594/17 MAYO | 1.340.000 | | | | |
| 24342703 | RETEFICA 9.66 ACTIV. SERVI | | 53083300 | VALLEJO CARRANCA JEANNY J | 1-1594 | |
| | CTO.1-1594/17 MAYO | | 12.944 | 27 RETEFICA 9.66 ACTIVIO | 1.340.000,00 | |
| 255301 | SERVICIOS | | 53083300 | VALLEJO CARRANCA JEANNY J | 1-1594 | |
| | CTO.1-1594/17 MAYO | | 1.327.056 | | | |
| | TOTAL | | 1.340.000 | 1.340.000 | | |

Ordenador del Gasto Area A. y Financiera

PRESUPUESTO

Presupuesto

Contabilidad Recibi. firma y sello

[Handwritten signatures and stamps]

| | | | |
|---|--|---------------------------------|---|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión: 2 |  |
| | | Fecha de aprobación: 31/03/2017 | |
| | | Código: 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|---|----------------------------------|---|----------------------|-----|-----------------|----------|-----------------|---|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | | | C.C | X | C.E | NO. | | 53083300 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | jeammyvc@hotmail.com | | | | CELULAR: | | 3142434212 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | | Programa Canguro | | | | SEDE: | | kennedy | | |
| CENTRO DE COSTOS: | | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | | G710 | | 100 | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | | | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORROS | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | | 570071407 | | | | PENSIONADO | | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|-------|------------------------|---------------|-----|-------|--------------------------|-----|----------|------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | | | 1-1594 / 2017 | | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 05 de 06 | | |
| NÚMERO DE CDP | | 9640 | FECHA | 03/03/2017 | NÚMERO DE CRP | | 10286 | FECHA | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | | | | 1 | 3 | 2017 | | 31 | 5 | 2017 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$1.340.000 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. | | | | | | | | | | | | |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|-------------|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$7.593.333 |
| VALOR EJECUTADO | \$6.253.333 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$1.340.000 |
| VALOR A LIBERAR | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | \$1.340.000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 82% |

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 \$1.844.293, 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8465050966 | \$737.717,00 | \$92.300 | \$118.100 | 3 | \$18.000 | \$228.400 |

Dado en Bogotá a los () días del mes de MAYO del año Dos Mil Diez y siete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:


JEAMMYJENNIFER VALLEJO CABARCAS
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Oradimon



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 | 31/03/2017 |
| Código | 04-02--F0003 |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

| | | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----|---------------|------------|-----|--------|-------|
| Ubicación del Servicio: | PROGRAMA CANGURO | | | Sede: KENNEDY | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 1-1594 /2017 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 5 | 2.017 | 31 | 5 | 2.017 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | C. C. | 53.083.300 | BE | 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. Fortar 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 procedimientos basicos de enfermeria a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnosticos 4-Asistir al paciente en sus actividades basicas | 1-Anecdotalio 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, respetando 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 cronologicamente | 1-Lista de verificacion |
| 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 asignacion 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 verificacion |
| 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 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 proteccion personal 2- Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente | 1-Anecdotalio 2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion |
| 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 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 clinicas de pacientes asignados | 1-Libro de inventario 2-Registro del traslado de historias clinicas de la unidad |
| CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar en el diagnostico 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 capacitacion |

| | |
|---|--|
| OBSERVACIONES: | |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): | 1.340.000 (UN MILLÓN TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCT.) |
| NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS, C.C. 53083300 BTA. | Fecha: 03/04/2017 Firma de recibido supervisor: <i>[Firma]</i> |

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

[Firma]

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------------|------------|------------|-----------|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | |
| Identificación | Exonerado SENA e ICBF | | | | |
| dv | 2097364 | | | | |
| Razon Social | Clase Aportante | | | | |
| VALLEJO CABARCAS JEANMY JENNIFER | INDEPENDIENTE | | | | |
| Vallejo Cabarcas Jeannmy Jennifer | PRINCIPAL | | | | |
| CI. 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 | CIudad-Departamento | | | | |
| | BOGOTA-BOGOTA D.E. | | | | |
| | Direccion | | | | |
| | CL. 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 | | | | |
| | Telefono | | | | |
| | 2097364 | | | | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | |
| Periodo | Clave | Tipo | Fecha | Pago | Valor |
| Pensión Salud | Pago | Planilla | Limite | Pago | Valor |
| 2017-05 | 1030001968 | 8465050966 | 2017/05/03 | 2017/05/03 | \$228,400 |
| | | | | | 0 |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DE | AFILIADOS | VALORES LIQUIDADOS | INTERESES MADURA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|------------------|------------------------|---------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$118,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$118,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$18,000 |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | 14-28 | 800,256,161 | 9 | 1 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$18,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$92,300 | \$0 | \$0 | \$92,300 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | \$92,300 | \$0 | \$0 | \$92,300 |
| TOTAL | | | | | | | | \$228,400 |

VALLEJO CABARCAS JEANMY JENNIFER

Jeannmy Vallejo
AJIA Enfermera
C.C. 53 083 300
Skupst



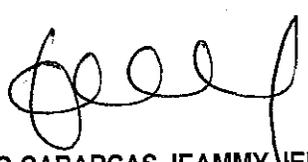
| | |
|--------------------------------------|--------------------|
| No. CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | |
| 1-1594/2017 | ADICION Y PRORROGA |

| | | |
|---------------------|--|---|
| ENTIDAD CONTRATANTE | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | NIT. No. 900.959.048-4 |
| REPRESENTANTE LEGAL | VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO C.C. 30.772.851 de Turbaco | Decreto de Nombramiento No. 161 del 05 de Abril de 2017 |
| CONTRATISTA | VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER | C. C. 53.083.300 |

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**, Nit.900.959.048-4, creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C. y como tal facultado para celebrar la presente **Adición y Prórroga** al contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra, **VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. 53.083.300, en su calidad de Contratista, hemos convenido celebrar la presente **Adición y Prórroga** al Contrato de Prestación de Servicios No. **1-1594 de 2017**, previas las siguientes consideraciones: **1.-)** Que el día 11 de enero de 2017, entre la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE y el Contratista se celebró Contrato de Prestación de Servicios o contrato No. **1-1594 de 2017**, cuyo objeto es prestar los servicios profesionales y de apoyo como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, de acuerdo a las necesidades de la Institución **2.-)** Que el plazo de ejecución inicial del mismo se pactó por el término de DOS MESES (2) Y VEINTE (20) DIAS CALENDARIO, contados a partir del 11 de enero de 2017 hasta el 31 de marzo de 2017. **3.-)** Que el valor inicial del Contrato fue la suma de **TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$3.573.333,00)**. **4.-)** Que el Contrato No. 1-1594 de 2017, ha sido objeto de 1 **PRORROGAS Y 1 ADICIONES**, con fecha de terminación el día **30 de Junio de 2017** y acumulado total del contrato por valor de **SIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$7.593.333,00)** **5.** Que mediante requerimiento del **SUPERVISOR** del presente Contrato, solicitó adicionar el valor del mismo en un monto de UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE (\$ **1.340.000,00**), y prorrogar el plazo de ejecución del Contrato en un término de 1 MES más. **6.-)** Conforme a lo anterior las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato No. **1-1594 de 2017** en un monto de UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE (\$**1.340.000,00**). **CLÁUSULA SEGUNDA:** Prorrogar el plazo de ejecución en un término de 1 MES más, contados a partir del 01 de julio de 2017 hasta el día 31 de julio de 2017. **CLÁUSULA TERCERA:** Que como consecuencia de la presente adición el valor del contrato No. **1-1594 de 2017**, para todos los efectos legales y fiscales quedará en la suma de **OCHO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE (\$8.933.333,00)**. **CLÁUSULA CUARTA:** La suma de dinero a que la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** queda obligado en virtud de esta **Adición Prórroga**, se subordina a las apropiaciones presupuestales que de la misma se hagan en el respectivo presupuesto de la entidad y se pagará con cargo al Código Presupuestal 321030501 - **CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES**, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **15026** de fecha **30 de junio de 2017**, expedido por el responsable del presupuesto del área financiera. En todo caso el pago estará supeditado al Programa Anual de Caja (PAC) mensualizado. **CLÁUSULA QUINTA:** El **CONTRATANTE** cancelará el valor total de la presente Adición, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados mensuales, previa



certificación de cumplimiento de las actividades pactadas y efectivamente realizadas. **CLÁUSULA SEXTA:** EL CONTRATISTA se obliga a ampliar las garantías pactadas, *(si a ello hubiere lugar)* descritas en el contrato inicial, por el valor adicionado y plazo prorrogado en los porcentajes y para los efectos pactados en esta adición; (si aplica) y además se obliga a presentarlas en la Dirección de Contratación de la Subred, para su aprobación dentro de los Cinco (05) días, siguientes a la suscripción del presente documento. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Las demás condiciones y obligaciones del Contrato 1-1594 de 2017 se mantienen sin modificación. **CLÁUSULA OCTAVA:** La presente Adición y Prórroga al Contrato de Prestación de Servicios No. 1-1594 de 2017 se entiende perfeccionado con la firma de las partes. Para constancia se firma en Bogotá DC., a los treinta (30) días del mes de Junio del año dos mil diecisiete (2017).

| | |
|--|--|
|  VICTORIA/EUGENIA MARTINEZ PUELLO |  VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIFER |
| GERENTE | CONTRATISTA |

| Los abajo firmantes declaramos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma. | | | | |
|---|----------------------------------|---|---|---------------|
| | Nombre | Cargo | Firma | Fecha(D-M-A) |
| Revisado por: | Mónica E. González Montes | Directora Contratación Subred Suroccidente |  | 30/06/2017 |
| Elaborado por: | Deiby Leonardo Giraldo Orjuela | Apoyo – Técnico Administrativo |  | 30/06/2017 |
| Control de Calidad: | Leidy Viviana Rodríguez Olivares | Apoyo – Profesional Universitario - Abogada |  | 30/06/2017 |



CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICION: Junio 30 de 2017

CRP. No. 21349

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

COPIA

CERTIFICA:

QUE EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LOS NUMERALES 13 y 14 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993. HAN SIDO REGISTRADOS EN LOS LIBROS DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES DE LA VIGENCIA FISCAL DEL AÑO 2017 CON CARGO AL PRESUPUESTO DE:

DEPENDENCIA: UOIA COORDINACION MEDICA

CODIGO RUBRO.....: 11000132103000000000000501

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 321030501

NOMBRE RUBRO.....: CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES

AFECTA LA DISPONIBILIDAD NRO : 18026

LA SUMA INICIAL DE : 1,340,000.00

CON UN REINTEGRO DE : .00

UN VALOR ACTUAL DE : 1,340,000.00

UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS CON 00/100 M/STE



Secretaría de Salud

Subred de Atención Primaria de Salud

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DE ADICION OPS 1-1594 AUXILIAR DE ENFERMERIA

NUMERO DEL CONTRATO O RESOLUCION: ADC OPS 1-1594

A NOMBRE DE: VALLEJO CABARCAS JEAMMY JENNIF

C.C. o NIT : 53083300

OBJETO : ADICION OPS 1-1594 AUXILIAR DE ENFERMERIA

LA PRESENTE SE EXPIDE EN O A LOS 30 DIAS DEL MES DE Junio DE 2017.

NELLY ESPERANZA ZAMBRANO RUIZ RESPONSABLE PRESUPUESTO

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACION ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO LEGALMENTE ESTABLECIDO QUE ES DE RESPONSABILIDAD DE LA OFICINA JURIDICA CORRESPONDIENTE.

35891

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|------------|----------------------------------|-----|----------------------|----------|-----------------|------------|-----------------|---|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | C.C | X | C.E | NO. | | | 53083300 | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | jeammyvc@hotmail.com | | | CELULAR: | | 3142434212 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | Occidente de Kennedy | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | | PROGRAMA CANGURO | | | SEDE: | | KENNEDY | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | | G710 | 100 | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | | DAVIVIENDA | | | TIPO DE CUENTA: | | | AHORROS | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | | OOO570071407 | | | | PENSIONADO | | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|------------------------|-------|---------------|--------------------------|-------|-------|--------|----------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | | 1-1594/2017 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 7 de 7 | | |
| NÚMERO DE CDP | | 15076 | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | 21349 | FECHA | | 11/07/17 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | | | DESDE | | | HASTA | | | | |
| | | | | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | | |
| | | | | 1 | 7 | 2017 | 31 | 7 | 2017 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | | | \$1.340.000 | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | |

OBSERVACIONES:

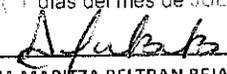
| CONCEPTO | | VALORES |
|---|--|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | | \$8.933.333 |
| VALOR EJECUTADO | | \$8.933.333 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | | \$1.340.000 |
| VALOR A LIBERAR | | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | | \$0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.844.293, 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8467357340 | \$738.000,00 | \$92.250 | \$118.080 | 3 | \$17.978 | \$228.308 |

Dado en Bogotá a los _____ días del mes de JULIO del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para su cuenta al pago pertinente. Cordialmente,

| | |
|---|---|
|  DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: |  JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |
|---|---|



| | | | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----|---------------|------------|---|-----|--------|-------|
| Ubicación del Servicio: | PROGRAMA CANGURO | | | Sede: KENNEDY | | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 1-1594 /2017 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 7 | 2.017 | | 31 | 7 | 2.017 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | C. C. | 53.083.300 | | DE | BOGÓTA | |

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 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, COMUNICACION 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 respeto, 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 |
| 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 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 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 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 |
| CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION 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): \$1,340,000 (UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCT.)

[Firma]
 NOMBRE COMPLETO DEL JEFE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS C.C. 53083300

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

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | |
| Identificación | CC 53083300 |
| Clave | VALLEJO CABARCAS JEANMY JENNIFER |
| Clase Aportante | INDEPENDIENTE |
| Sucursal Principal | PRINCIPAL |
| Dirección | CL 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 |
| Ciudad-Departamento | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. |
| Teléfono | 2997364 |
| Exonerado SENA e ICBF | SI |

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | |
| Período | 2017-07 |
| Salud | 100000161 |
| Pago | 846735740 |
| Clave | 846735740 |
| Tipo | Planilla |
| Planilla | 1 |
| Límite | 2017/07/05 |
| Fecha | 2017/07/04 |
| Pago | 2017/07/05 |
| Banco | BARCO BOGOTÁ |
| Días Mora | 0 |
| Valor | \$228,400 |

| RESUMEN DE PAGO | | CÓDIGO | | DESCRIPCIÓN | | VALOR | |
|--------------------------|-----------|-----------|------------|-------------|--------------|-------|-----------|
| Período | Salud | Planilla | Límite | Fecha | Pago | Banco | Valor |
| 2017-07 | 100000161 | 846735740 | 2017/07/05 | 2017/07/04 | BARCO BOGOTÁ | | \$228,400 |
| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | \$118,100 |
| COLPENSIONES | | | | | | | \$118,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | \$18,000 |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | | | | | | | \$18,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | \$92,300 |
| COMPENSAR | | | | | | | \$92,300 |

Jeammy Valtejo
Alfonso



Compensación > Consultas y estadísticas > Maestro de Afiliados Compensados (http://www.fosyga.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados)

Maestro Afiliados Compensados

Servicios

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación...

Noticias (/todaslasnoticias)

B.D.U.A (/BDUA/Consulta-afiliado/Estadísticas-Consulta-Afiliado/Afiliados-Cargados-en-la-BDUA)

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

Table with 1 row and 1 column containing the text 'No se reportó información'.

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

Table with 1 row and 1 column containing the text 'No se reportó información'.

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

Table with 8 columns: CC, DISTRITO, VALLEJO, CONTRATO, FAMILIA, IDENTIFICACION, FECHA, and CONSULTA. It contains one row of data.

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

Table with 5 columns: EMPRESA, FECHA INICIO, FECHA FIN, VALOR, and ESTADO. It contains four rows of data for COMPENSAR E.P.S.

Pago Rex (/REX/Procesos-y-procedimientos/Pago-Recaudo-Rex)

Mallas (/Mallas-Validadoras)

Normas (/Acerca-del-FOSYGA/Marco-Normativo/Acuerdos)

Preguntas (/Preguntas-frecuentes)

Glosario (/Glosario-de-Terminos)

Contacto (/Inicio/Contáctanos)

Atención al ciudadano: Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m. Jornada Continua. Punto de atención presencial: Carrera 7 No. 31A - 36 Bogotá.

Código Postal 110311 EDIFICIO NUEVO MILENIO Vía telefónica: Bogotá (57-1) 4806666

Línea gratuita Nacional: 01 8000 522 450

Virtual: atencionalcliente.sayp@sayp.com.co (mailto:atencionalcliente.sayp@sayp.com.co)

Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Handwritten signature and stamp of Sammy Vallejo.

| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------|---|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | Versión: | |  |
| | | Fecha de aprobación: | | |
| | | Código: | En prueba | |

| | |
|---|-------------|
| (CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS) CONTRATO No. | AÑO |
| SO-1361 | 2017 |

| |
|--|
| CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. NIT.900.959.048-4 |
| CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS |
| CEDULA No. 53.083.300 |
| OBJETO: Prestar apoyo como AUXILIAR EN EL AREA DE ENFERMERIA en el área de ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: UN MILLON QUINIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS M/CTE.(\$1.514.412) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: 1 MES |
| FECHA INICIO: 01 de agosto de 2017 |
| FECHA TERMINACIÓN: 31 de agosto de 2017 |
| SUPERVISOR : LIDER PROCESO ENFERMERIA |

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente - ESE, persona jurídica identificada con NIT No. **900.959.048-4**, y creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C., y como tal facultada para celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS**, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el **CONTRATISTA**, En ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO:** a) Que el Artículo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993, establece respecto del régimen jurídico aplicable a las Empresas Sociales de Salud en su Numeral 6 que: "En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública" b) Que la Junta Directiva de la Entidad, expidió Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016, " Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, y posteriormente se expide la Resolución No. 627 de 2016, "Por medio del cual se aprueba y adopta el manual de contratación, Supervisión, Interventoría y se crea el comité de contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. c) Que mediante el Decreto Distrital No. 161 del 05 de abril de 2017, el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., designó a la Gerente de la Entidad para ejercer su nombramiento a partir del día 07 de abril de 2017 hasta el 31 de marzo de 2020. d) Que la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, mediante Acuerdo No. 033 del 27 de Julio de 2017, autoriza a la Gerente de la Entidad aplicar la Tabla de Honorarios para la Contratación de Prestación de Servicios asistenciales y administrativos la cual empezará a regir para los Contratos a ejecutarse a partir del 01 de Agosto de 2017. e) Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. f) Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. g) Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del **CONTRATISTA**.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULAS:** **PRIMERA.- OBJETO:** Prestar servicios de apoyo a la gestión como **AUXILIAR EN EL AREA DE ENFERMERIA en el área de ENFERMERIA** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El **CONTRATISTA** se obliga para con el **CONTRATANTE** a realizar las siguientes actividades: a) **Específicas.** Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico

| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------|---|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | Versión: | |  |
| | | Fecha de aprobación: | | |
| | | Código: | En prueba | |

y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes, Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio, Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible, Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred, Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento, Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato, Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos, Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred, Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente, Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

b) Generales: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones:

1. Conocer y aplicar las políticas de calidad de la Entidad.
2. Participar activamente en los procesos de acreditación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred.
3. Apoyar el proceso de Acreditación con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda, para que se logre satisfactoriamente el mismo.
4. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.
5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar.
6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.
7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.
8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.
9. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas.
10. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.
11. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.
12. Cumplir con las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.
13. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.
14. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.
15. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.
16. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.
17. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciera sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso.
18. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve.
19. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.
20. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar el último servicio recibido.
21. El contratista se obliga a responder por la custodia y buen manejo de los recursos públicos a su disposición.
22. El contratista se obliga a asistir a las Jornadas de Capacitación, Inducción y/o re-inducción a las que sea convocado por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, como parte integral en el proceso de Contratación, la inasistencia injustificada a dichas jornadas será causal para inicio de acciones administrativas por posible incumplimiento contractual.
23. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **UN MILLON QUINIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS MICTE (\$1.514.412)**, valor resultante del **VALOR HORA CONTRATADA: \$8.142.00 x CANTIDAD DE HORAS REQUERIDAS: 186 CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato será cancelado por el CONTRATANTE con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 15277 del 28 de julio de 2017, Código del Rubro: CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES- 321030501 Vigencia: 2017**, expedido por el área financiera -Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El CONTRATANTE cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por horas ejecutadas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados sobre horas requeridas y ejecutadas, así: **VALOR HORA: \$8.142.00 x CANTIDAD DE HORAS REQUERIDAS: 186**, susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos:

1. Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor.
2. Planilla que soporte que se hayan



| | | | |
|---|--|---|--------------|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | Versión: | |
| | | Fecha de aprobación: | |
| | | Código: | En prueba |
| | |  | |

realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes. Si EL **CONTRATISTA** pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES:** Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las siguientes deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. En todo caso las retenciones que el **CONTRATANTE** efectúe, estarán a cargo del **CONTRATISTA**. **SEXTA.- TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El término de ejecución del presente contrato será por el término de **1 MES**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. **SÉPTIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que el **CONTRATISTA** requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del contrato, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El **CONTRATANTE**, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del **CONTRATISTA**, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto no habrá lugar a indemnizaciones. **OCTAVA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El **CONTRATANTE** se compromete para con el **CONTRATISTA** además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el **CONTRATISTA** para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. **NOVENA - CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN:** El **CONTRATISTA** no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del **CONTRATANTE**. **DÉCIMA.- SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; salvo casos asociados al cuidado de la salud debidamente soportados, en caso de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma bilateral o unilateral. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. **DÉCIMA PRIMERA.- GARANTÍAS EL CONTRATISTA** constituirá a favor de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**, Nit.900.959.048-4, garantía única, consistente en una póliza expedida por una compañía aseguradora o banco legalmente autorizados para funcionar en Colombia, que ampare las obligaciones surgidas del presente Contrato, la cual se mantendrá vigente durante su vida y liquidación y se ajustará a los límites, existencia y extensión del riesgo amparado así: **PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato y por una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios y un (1) año más (Químico Farmacéutico y Regente de Farmacia, Conductores de Ambulancia, o quien haga sus veces); **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONES MÉDICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD** hasta por la suma mínima de cien (100) S.M.M.L.V. (Si el **CONTRATISTA** desarrolla actividades en el área asistencial de consulta externa, urgencias y hospitalización, como: Médicos, Médicos Especialistas, Médicos veterinarios, Odontólogos, Odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería y Bacteriólogos. **El contratista se obliga a mantener vigente la(s) garantía(s) durante la ejecución del contrato las cuales incluirán sus adiciones y prorrogas.** La Póliza será constituida por una Compañía de Seguros debidamente establecida en Colombia cuya póliza matriz se encuentre aprobada por la Superintendencia Financiera, con el fin de garantizar indemnización por los perjuicios derivados por causa o con ocasión del presente contrato. **PARÁGRAFO.-** Las pólizas deberán ser entregadas dentro de los **ocho (08) días hábiles** siguientes a la suscripción del presente Contrato de prestación de servicios en la Dirección de Contratación de la E.S.E. **DÉCIMA SEGUNDA.- CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del **CONTRATISTA** este pagará al **CONTRATANTE** a título de cláusula penal, una suma equivalente al **veinte por ciento (20%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. **PARÁGRAFO PRIMERO:** De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el **CONTRATISTA** autoriza al **CONTRATANTE**, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuenta su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el **CONTRATISTA** no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el **CONTRATANTE** podrá iniciar las acciones legales respectivas. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el **PARAGRAFO PRIMERO** de la presente cláusula. **DÉCIMA TERCERA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley. **DÉCIMA CUARTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El **CONTRATISTA**, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el **CONTRATANTE**, de conformidad con la Ley. **DÉCIMA QUINTA.- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte y la presentación de los Paz y Salvos de Inventarios expedido por Activos Fijos y de Archivo sobre la devolución de bienes y documentos a su cargo y el Paz y Salvo de Facturación, Cartera y Glosas para proceder con el último pago de los honorarios, al finalizar el contrato o cualquiera de sus adiciones. No obstante en caso de existir saldo a reversar procederá la respectiva liquidación de mutuo acuerdo o unilateralmente. Si dentro de los cuatro (4) meses o en el término indicado en la ley, siguientes a la terminación y/o proyección del acta que da por terminado el contrato; el **CONTRATISTA** no se presentare a la suscripción de la misma o no llegaren las partes a un acuerdo sobre su contenido; la administración procederá mediante acto administrativo motivado, el cual es susceptible del recurso de reposición, a liquidar el mismo. **DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Formato de requerimiento debidamente diligenciado. b) Afiliación al fondo de Pensiones y Administradora de Riesgos Laborales A.R.L. c) Afiliación a una Entidad Promotora de Salud, d) Certificado de disponibilidad presupuestal. e) Fotocopia del Registro Único Tributario – R.U.T. f) Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. **DÉCIMA SEPTIMA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN:** a) Por terminación del plazo de ejecución, b) Por mutuo acuerdo entre las partes, c) Por muerte del **CONTRATISTA**, d) Por incumplimiento de las obligaciones del **CONTRATISTA** pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del **CONTRATANTE**. e) Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. f) Por imposibilidad del **CONTRATISTA** para



| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------|--|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | Versión: | |  |
| | | Fecha de aprobación: | | |
| | | Código: | En prueba | |

ejercer la profesión u oficio. g) Por orden de autoridad competente. h) Las demás indicadas en el texto del contrato. **DÉCIMA OCTAVA.- CLÁUSULAS EXORBITANTES:** En cuanto a la CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL, el presente contrato se regirá por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la ley 80 de 1993. **DÉCIMA NOVENA. - CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El **CONTRATISTA** se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del **CONTRATANTE** y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del **CONTRATANTE** a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el **CONTRATISTA** directa o indirectamente del **CONTRATANTE**, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el **CONTRATISTA**, en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del **CONTRATANTE** entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA**. **VIGÉSIMA - INDEMNIDAD:** El **CONTRATISTA** mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el **CONTRATISTA** en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE**, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE**, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE**. **VIGÉSIMA PRIMERA.- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL** El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE**, por tanto, el contratista renuncia a cualquier ejercicio de acción judicial por dicho concepto en contra de la Entidad **VIGÉSIMA SEGUNDA.- INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA:** El **CONTRATISTA** es una persona independiente a la del **CONTRATANTE**, y en consecuencia, el **CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE**, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE**. **VIGÉSIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal y la Aprobación de garantías según aplique. **VIGÉSIMA CUARTA.- SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo del **LIDER PROCESO ENFERMERIA** o quien haga sus veces, o quien designe el **CONTRATANTE**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA**, de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016, " Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.", emitido por la Junta Directiva de la Subred, así como a la Resolución 627 del 20 de Octubre de 2016, por medio de la cual se adopta el Manual Interno de Contratación de la entidad. **VIGÉSIMA QUINTA.- DOMICILIO:** Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C., y para efectos de notificaciones el **CONTRATISTA** autoriza el correo electrónico **NO REGISTRA**.

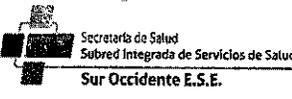
Para constancia se firma en Bogotá D.C. El 31 de julio de 2017.


VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO
 GERENTE
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
 SUR OCCIDENTE E.S.E.
 CONTRATANTE


JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS
 C.C. No. 53.083.300
 CONTRATISTA

| Los abajo firmantes declaramos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma. | | | | |
|---|----------------------------------|---|---|---------------------|
| | Nombre | Cargo | Firma | Fecha(D-M-A) |
| Revisado por: | Mónica E. González Montes | Directora de Contratación |  | 31 de julio de 2017 |
| Proyectado por: | Deiby Leonardo Giraldo | Técnico Administrativo |  | 31 de julio de 2017 |
| Control de Calidad | Leidy Viviana Rodríguez Olivares | Apoyo - Profesional Universitario - Abogada |  | 31 de julio de 2017 |

1229

| | | | | | |
|---|--|--|---------------------|---------------|---|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | | Versión | 2 |  |
| | | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | | Código: | 15-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|-----|----------------------------------|---|-----------------|----------------------|-----------------|---|-----------------|------------|-----------------|---|
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | | | C.C | X | C.E | NO. | | | 53083300 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | jeammyvc@hotmail.com | | | | CELULAR: | | | 3142434212 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | Occidente de Kennedy | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | | PROGRAMA CANGURO | | | | SEDE: | | | KENNEDY | | |
| CENTRO DE COSTOS: | | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | | G710 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | | | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | | | AHORROS | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | | 000570071407 | | | | PENSIONADO | | | No | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------|-------|------------------------|---------------|--|-----|--------------------------|-------|-------|------------|--|-----|-----|------|
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | | | SO-1361 | | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 de 1 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | | 15277 | FECHA | 28/07/17 | NÚMERO DE CRP | | | 25506 | FECHA | | 04/08/2017 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | | | DESDE | | | DIA | MES | AÑO | HASTA | | | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | | | 1 | 8 | 2017 | | | | 31 | 8 | 2017 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$1.514.412 | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | | | Asistencial | | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| | |
|--|----------------|
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$1.514.412 |
| VALOR EJECUTADO | \$1.514.412 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$1.514.412 |
| 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 mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.844.293, 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8468394451 | \$738.000,00 | \$92.250 | \$118.080 | 3 | \$17.978 | \$228.308 |

Dado en Bogotá a los () días del mes de AGOSTO del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

| | |
|--|--|
|  DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: |  JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |
|--|--|

Recibido
25/08/17.

| | | | |
|---|--|---------------------------------|---|
|  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. www.bogota.gov.co |
| | | Fecha de aprobación: 03/04/2017 | |
| | | Código: 04-02-FO-0003 | |

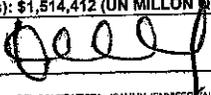
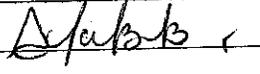
| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Ubicación del Servicio: PROGRAMA CANGURO | Sede: KENNEDY | | |
| No. DE CONTRATO: SO-1361 → 17 | Periodo certificado desde el | Día Mes Año 1 8 2.017 | Día Mes Año 31 8 2.017 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | C. C. | 53.083.300 | 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 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, respetando toda actuación 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. 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 respeto, 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 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 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): \$1,514,412 (UN MILLÓN QUINIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESO PESOS MCT.)

| | |
|--|---|
|  | Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:  |
| NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS, C.C. 53083300 BTA | |

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

Resumen General de Pago

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------|--|--------------------|--|-------------------------------------|--|---------------------|--|----------|--|-----------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | Clase Aportante | | Sucursal Principal | | Direccion | | Ciudad-Departamento | | Teléfono | | Exonerado SENA e ICBF | |
| Identificación | | Razon Social | | PRINCIPAL | | CL 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 | | BOGOTA-BOGOTA D.E. | | 2097364 | | SI | |
| Identificación | | Razon Social | | PRINCIPAL | | CL 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 | | BOGOTA-BOGOTA D.E. | | 2097364 | | SI | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|------------|--|-----------|--|------------|--|------------|--|--------------|--|-----------|--|
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | Clave | | Tipo | | Fecha | | Pago | | Dias Mora | | Valor | |
| Periodo | | Plantilla | | Plantilla | | Limite | | 2017/07/21 | | BANCO BOGOTA | | \$228.400 | |
| Pensión | | 8468394451 | | 1 | | 2017/08/02 | | 2017/07/21 | | 0 | | | |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|----------|----------------|-------|-----|---------|--------|-----------|-----------|--------|-----------|----------|--------|-----------|----------|--------|-------|--------------|--------|-------|-----------|-----------|-----------|----------|-----|-----------|----------|-----|-----------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | IBC | Aporte | Valor | IBC | Aporte | Valor | IBC | Aporte | Valor | IBC | Aporte | Valor | IBC | Aporte | Valor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \$737,717 | \$118,100 | \$737,717 | \$92,300 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \$737,717 | \$118,100 | \$737,717 | \$92,300 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Ciudad BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \$737,717 | \$118,100 | \$737,717 | \$92,300 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| 1 | CC | 83083300 | VALLEJO JEANMY | 25-14 | 30 | EP5008 | 30 | \$737,717 | \$118,100 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total Afiliados(1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \$737,717 | \$118,100 | \$737,717 | \$92,300 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |

PAGA DADO

JUL 19 2017 15:00:48 R0M1CT 6.22
CORRESPONSAL
LUMA DROGAS TIMIZA
CRA 74 40-20 SUR

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0014688162 TER: AAAMZ707
V. ELECTRON Cc
**4901 RECIBO: 025193 RRN: 052850
RECAUDO APRC: 192667

SERVICIO: 1506
FACTURA: 00000000000000008468394451
**** PAGO FACTURA ****
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO \$ 228.400

FECHA PLANILLA: 2017/08
VALOR PLANILLA: \$ 228.400
VALOR COMISION: \$ 0
VALOR IVA: \$ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 07/21
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

Jeanmy Vallejo
Aux Enfermería
C.C. 53 083 300
Defubert

Jeanmy Vallejo
Aux Enfermería
C.C. 53 083 300
Defubert

- Superintendencia Nacional de Salud (<http://www.supersalud.gov.co/>)
- Instituto Nacional de Salud (<http://www.ins.gov.co/>)
- Registro de Prescripción de Prestaciones No Incluidas en el POS (<https://mipres.sispro.gov.co/>)
- Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pila.aspx>)
- Gestión del Riesgo Individual (<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>)
- Medicamentos a un clic (<http://www.medicamentosauandfc.gov.co/>)
- POS Pópuli (<http://pospopuli.minsalud.gov.co/>)

- Departamento Nacional de Planeación (<http://www.dnp.gov.co/>)
- Departamento Administrativo de la Función Pública (<http://www.funcionpublica.gov.co/>)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (<https://www.dane.gov.co/>)
- Prosperidad Social (<http://www.dps.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>)
- Unidad para las Víctimas (<http://www.unidadvictimas.gov.co/>)

- Gobierno en Línea (<http://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/623/w3-channel.html>)
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (<http://www.icbf.gov.co/>)
- Colombia Compra Eficiente (<https://www.colombiacompra.gov.co/colombia-compra/colombia-compra-eficiente>)
- SECOP (<https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta>)
- Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/es/>)
- Organización Panamericana de la Salud (<http://www.paho.org/col/>)

Text/HTML

Atención al ciudadano: Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m. Jornada Continua.

Punto de atención presencial:
Avenida Calle 26 # 69 - 76 Torre 1 Piso 17.
Centro Empresarial Elemento
Bogotá, D.C.
Código Postal 111071

Líneas de Atención Telefónica:

Bogotá (571) 432 27 60
Línea gratuita Nacional: 01 8000 423 737
Virtual: atencionalcliente@adres.gov.co
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@adres.gov.co

Juan Carlos
Aux. Enfermería
C.D. 53.083.300

PREPUESTO
=

Ordenador del Gasto: Area A. y Financiera
Presupuesto: 66118
Contabilizado: Jony Quij
Recibido, firma y sello: _____

| CUENTA | NOMBRE | DESCRIPCION | C.C.O | NOMBRE-C.C.O | DEBITOS | CREDITOS | COND | NOMBRE COND | DOC-ANE | BASE |
|---------|---------------------------|-------------------|-------|--------------|-----------|----------|------|---------------------------|---------|-----------|
| 2496201 | SERVICIOS - CONTRATISTAS | OPS 1-1994 1-3017 | | | 1,327,856 | | | WALLEJO CABARCAS JEREMY J | 01-1994 | |
| 2496203 | RETEICA 9.66 ACTIV. SERVI | OPS 1-1994 1-3017 | | | 12,944 | | | WALLEJO CABARCAS JEREMY J | 01-1994 | 1,340,800 |
| 7313027 | COMISIONES, HONORARIOS Y | OPN 1-1994 1-3017 | | | 1,340,800 | | | WALLEJO CABARCAS JEREMY J | 01-1994 | |
| | | | | | TOTAL | | | | | 1,340,800 |
| | | | | | | TOTAL | | | | 1,327,856 |
| | | | | | | | | | | 1,340,800 |

| CONCEPTO | NOMBRE | TIPO | VALOR | BASE |
|----------|---------------------------------|------|-----------|-----------|
| 282 | RET. ICA 9.66 INIT ACT. SERVICI | A | 12,944 | 1,340,800 |
| 519 | REMUNERACION SERVICIOS PIC | C | 1,327,856 | 1,327,856 |
| TOTAL | | | | |

NUM-FACTURA: 1-1994
 NUM-DOC: 32766
 FECH: 2017/06/22
 VALOR FACTURA: 1,327,856
 FECH-VEN: 2017/06/22

PAG: 139
 Fecha: 2017/06/22
 Hora: 17:39:27

Cuentas por pagar
 REPIMPACT 4.1.1
 SERVIDOR S.A.
 DETALLE DE FACTURAS
 Periodo Contable: 2017/06
 Fuente: 37
 Orden: 32766 - J

| | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | | NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR | |
| Jeammy Jennifer Vallejo Cabarcas | | <i>[Firma]</i> | |
| Dado en Bogotá a los <u>15</u> días del mes de JUNIO del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que sirva el pago pertinente. Cordialmente, | | | |
| Numero de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | PENSION 16% IBC |
| 8466138778 | \$738,000.00 | \$92,250 | \$118,080 |
| TOTAL APORTES | APORTE ARL | NIVEL ARL | 3 |
| \$228,308 | \$17,978 | | |
| 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 \$1.844.293, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. | | | |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: | | | |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | | | |
| CONCEPTO | VALORES | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$7,593,333 | | |
| VALOR EJECUTADO | \$7,593,333 | | |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$1,340,000 | | |
| VALOR A LIBERAR | \$0 | | |
| SALDO POR EJECUTAR | \$0 | | |
| PORCENTAJE DE EJECUCION | 100% | | |
| OBSERVACIONES: | | | |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | |
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1-1594/2017 | Nº DE PAGOS DEL CONTRATO | 6 DE 6 |
| NUMERO DE CDP | 7640 | FECHA | 10/28/17 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | HASTA | |
| | DIA / MES / AÑO | DIA / MES / AÑO | |
| | 1 / 6 / 2017 | 30 / 6 / 2017 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | \$1,340,000 | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA: | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Jeammy Jennifer Vallejo Cabarcas | NO. C.C. | 53083300 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C. X C.E. | NO. | |
| CORREO ELECTRONICO: | jeammyvc@hotmail.com | CELULAR: | 3142434212 |
| UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD: | Occidente de Kennedy | | |
| UBICACION DEL SERVICIO: | PROGRAMA CANGURO | SEDE: | KENNEDY |
| CENTRO DE COSTOS: | G710 | 100 | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAWIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 000570071407 | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | PENSIONADO No | | |

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA
 Sur Occidente E.S.E.
 Version: 2
 Fecha de aprobacion: 03/04/2017
 Código: 15-02-F.O.-0003



37266
165

| | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------|--|
| UBICACION DEL SERVICIO: | | PROGRAMA CANGURO | |
| NO. DE CONTRATO: | | 1-1594 /2017 | |
| PERIODO CERTIFICADO DESDE EL: | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | JEMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | |
| C. C.: | | 53.083.300 | |
| DE: | | BOGOTA | |
| Día / Mes / Año | | 30 / 03 / 2017 | |
| Día / Mes / Año | | 30 / 03 / 2017 | |

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 | |
| PRODUCTOS ENTREGADOS | ACTIVIDADES REALIZADAS |

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|--|------------|--|---|
| <p>ACTIVIDADES BASICAS: 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades. 2. Reparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento. 3. Efectuar oportunamente los tratamientos médicos y de enfermería, planeando 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. 7. Asistir oportunamente al paciente en los procedimientos, enfermería y derivación y registros. 8. Mantener las actividades de registro para lo cual quedan exentas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le inculca el correspondiente a sus superiores. 10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.</p> | 100% | <p>1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Realizar procedimientos básicos de enfermería a paciente asignados. 3-Preparar procedimientos para exámenes especiales y/o medios diagnósticos. 4-Asistir al paciente para exámenes especiales y/o procedimientos. 3-Bitacora de procedimientos. 4-Bitacora de procedimientos.</p> | 1-Anecdotario 2-Bitacora de procedimientos 3-Bitacora de procedimientos 4-Bitacora de procedimientos |
| <p>REGISTROS OPORTUNOS SIN EMBENDURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 11. Efectuar oportunamente registros de todos los cuidados de enfermería. 12. Registrar en Notas de Enfermería, el estado del paciente y actividades realizadas. 13. Llevar a cabo el registro de historia clínica escrita en las Notas de Enfermería con las normas de enfermería y actividades realizadas. 14. Mantener el orden y aseo de la unidad. 15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades.</p> | 100% | <p>1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente</p> | 1-Lista de verificación |
| <p>RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes.</p> | 100% | <p>1-Realizar recibo y entrega de turno</p> | 1- Libro de recibo y entrega de turno con asignación diaria |
| <p>RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACION ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 17. Mender las necesidades de equipo de trabajo. 18. Ejecutar procedimientos al paciente y/o a las personas que se encuentran en el área de salud. 19. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes, como en Urgencias y Hospitalización. 20. Tratar con respeto y actitud a las personas con que tenga relación. 21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos imponen en el ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.</p> | 100% | <p>1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio</p> | 1-Bitacora y/o lista de verificación |
| <p>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 ejecución del programa de Salud Ocupacional, planificando procedimientos y con la ejecución según actividades a realizar en la institución. Así como los planes de Salud Ocupacional (Institucional) y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.</p> | 100% | <p>1-Usa los elementos de protección personal 2-Realiza aseo y desinfección de camas, camillas e inmovilario de paciente y desinfección</p> | 1-Anecdotario 2-Lista de verificación aseo |
| <p>MANEJO USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: 25. Verificar e identificar materiales de Mantenimiento el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de mantenimiento. 27. Verificar por la adecuación 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 registrar y controlar los formatos establecidos para esta función. 30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, reemplazos, retirados o pérdidas de los bienes bajo el parámetro. 31. Utilizar los recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.</p> | 100% | <p>1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato 2-Custodia historias clínicas de historias clínicas de la unidad</p> | 1-Libro de inventario 2-Registro del traslado de historias clínicas de la unidad |
| <p>CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 31. Participar en el diagnóstico de necesidades de capacitación en el área, para su posterior realización.</p> | 100% | <p>1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK</p> | 1-Formato de asistencia de capacitación |

OBSERVACIONES:
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.340.000 (UN MIL TRES CIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCT.)
 Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.
 NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS C.C. 53.083.300
 Firma de aprobación: *Jenny Vallejo*
 Fecha de aprobación: 03/04/2017
 Versión: 2

| | | | | | | |
|------|-----------|----|------------|------------|---------|------------------|
| 4023 | COTIZANTE | 30 | 08/02/2005 | 08/02/2005 | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. |
| 4023 | COTIZANTE | 30 | 08/02/2005 | 08/02/2005 | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. |
| 4023 | COTIZANTE | 30 | 08/02/2005 | 08/02/2005 | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. |
| 4023 | COTIZANTE | 30 | 08/02/2005 | 08/02/2005 | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. |
| 4023 | COTIZANTE | 30 | 08/02/2005 | 08/02/2005 | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. |
| 4023 | COTIZANTE | 30 | 08/02/2005 | 08/02/2005 | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. |
| 4023 | COTIZANTE | 30 | 08/02/2005 | 08/02/2005 | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. |
| 4023 | COTIZANTE | 30 | 08/02/2005 | 08/02/2005 | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. |
| 4023 | COTIZANTE | 30 | 08/02/2005 | 08/02/2005 | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. |
| 4023 | COTIZANTE | 30 | 08/02/2005 | 08/02/2005 | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. |

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| | | | | | | | | |
|----|----------|---------|----------|---------|----------|---------|------------------|-----------|
| CC | 53023300 | VALLEJO | CABARCAS | JOAQUIN | JENNIFER | 2017-06 | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE |
|----|----------|---------|----------|---------|----------|---------|------------------|-----------|

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

| | | | | | | | | |
|----|----------|---------|----------|---------|----------|---------|------------------|-----------|
| CC | 53023300 | VALLEJO | CABARCAS | JOAQUIN | JENNIFER | 04/2017 | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE |
|----|----------|---------|----------|---------|----------|---------|------------------|-----------|

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

No records to display.

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309**

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

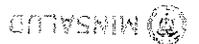
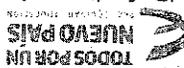
Maestro Afiliados Compensados

Compensación > Consultas y estadísticas > Maestro de Afiliados Compensados (<http://www.fosyga.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados>)

Preguntas Frecuentes (/Preguntas-frecuentes)

Mapa del Sitio (/Mapa-del-sitio) Buscador (/buscador) (<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx>)

(<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx>)



(<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx>)

Iniciar sesión (/login.aspx)

B.D.U.A (/BDA/Consulta-afiliado/Estadísticas-Consulta-Afiliado/Afiliados-Cargados-en-la-BDA)

Noticias (/todaslasnoticias)

Pago Rex (/REX/Procesos-y-procedimientos/Pago-Recauda-Rex)

Mallas (/Mallas-Validadoras)

Normas (/Acerca-del-FOSYGA/Marco-Normativo/Acuerdos)

Preguntas (/Preguntas-frecuentes)

Glosario (/glosario-de-Terminos)

Contacto (/Inicio/Contactanos)

ción al ciudadano: Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m.
nada Continua. Punto de atención presencial: Carrera 7 No. 31A - 36 Bogotá.

Código Postal 110311 EDIFICIO NUEVO MILENIO Vía telefónica: Bogotá (57-1) 4806666

Línea gratuita Nacional: 01 8000 522 450

Virtual: atencionalicliente.sayp.com.co (mailto:atencionalicliente.sayp.com.co)

Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minisajud.gov.co

© 2016 Fondo de Solidaridad y Garantía. Términos y Condiciones de uso. Última Actualización: 27 enero 2016

submit

0003 300
C.D. 53
Aux. Enfermería
Mallory
16/01/19

NOTA INTERNA
SSO-2023-422-005097-3

Bogotá, 15 de noviembre de 2023

DE: MAURICIO ORLANDO RINCON HERNANDEZ
LÍDER DE GESTIÓN DOCUMENTAL
GESTIÓN DOCUMENTAL

PARA GERMAN ARTURO OROZCO VANEGAS
JEFE OFICINA JURÍDICA
OFICINA JURÍDICA

Asunto: RESPUESTA SOLICITUD HISTORIA CONTRACTUAL

Saludo,

Atendiendo a su solicitud, se realiza el envío a través de **correo electrónico** y en formato PDF un (1) expediente contractual , el cual se relaciona a continuación:

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | N° DE EXPEDIENTES | UNIDAD |
|----|----------------------------------|----------------|-------------------|---------|
| 1 | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | 53083300 | 1 EXPEDIENTE | KENNEDY |

Cordialmente,



MAURICIO ORLANDO RINCON HERNANDEZ
LÍDER DE GESTIÓN DOCUMENTAL



| | |
|--|---|
| Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma. | |
| Cargo funcionario / Contratista | Nombre/Cargo |
| Aprobado por: | MAURICIO ORLANDO RINCON HERNANDEZ/GDOC/GDOC |
| Revisado por: | MAURICIO ORLANDO RINCON HERNANDEZ / GDOC |
| Elaborado por: | MARÍA FERNANDA SAAVEDRA SALINAS / GDOC |

| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------|---|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | Versión: | |  |
| | | Fecha de aprobación: | | |
| | | Código: | En prueba | |

| | |
|---|-------------|
| (CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS) CONTRATO No. | AÑO |
| SO-1361 | 2017 |

| |
|--|
| CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 |
| CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS |
| CEDULA No. 53.083.300 |
| OBJETO: Prestar apoyo como AUXILIAR EN EL AREA DE ENFERMERIA en el área de ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: UN MILLON QUINIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS MCTE.(\$1.514.412) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: 1 MES |
| FECHA INICIO: 01 de agosto de 2017 |
| FECHA TERMINACIÓN: 31 de agosto de 2017 |
| SUPERVISOR : LIDER PROCESO ENFERMERIA |

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolívar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente - ESE, persona jurídica identificada con NIT No. **900.959.048-4**, y creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultada para celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS**, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el **CONTRATISTA**, En ejercicio de la autonomía de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6° del artículo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación mencionado, sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO: a)** Que el Artículo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993, establece respecto del régimen jurídico aplicable a las Empresas Sociales de Salud en su Numeral 6 que: "En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública" b) Que la Junta Directiva de la Entidad, expidió Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016," Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, y posteriormente se expide la Resolución No. 627 de 2016, "Por medio del cual se aprueba y adopta el manual de contratación, Supervisión, Interventoría y se crea el comité de contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. c) Que mediante el Decreto Distrital No. 161 del 05 de abril de 2017, el Alcalde Mayor de Bogotá D.C., designó a la Gerente de la Entidad para ejercer su nombramiento a partir del día 07 de abril de 2017 hasta el 31 de marzo de 2020. d) Que la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, mediante Acuerdo No. 033 del 27 de Julio de 2017, autoriza a la Gerente de la Entidad aplicar la Tabla de Honorarios para la Contratación de Prestación de Servicios asistenciales y administrativos la cual empezará a regir para los Contratos a ejecutarse a partir del 01 de Agosto de 2017. e) Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. f) Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. g) Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del **CONTRATISTA**.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:** Prestar servicios de apoyo a la gestión como **AUXILIAR EN EL AREA DE ENFERMERIA** en el área de **ENFERMERIA** dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El **CONTRATISTA** se obliga para con el **CONTRATANTE** a realizar las siguientes actividades: a) **Específicas.** Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería, Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio, Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente, Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención, Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio, Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad, Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades



| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------|---|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | Versión: | |  |
| | | Fecha de aprobación: | | |
| | | Código: | En prueba | |

y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes, Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio, Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible, Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred, Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento, Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato, Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos, Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred, Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente, Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..

b) Generales: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones:

1. Conocer y aplicar las políticas de calidad de la Entidad.
2. Participar activamente en los procesos de acreditación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred.
3. Apoyar el proceso de Acreditación con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda, para que se logre satisfactoriamente el mismo.
4. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.
5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar.
6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.
7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.
8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.
9. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas.
10. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.
11. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.
12. Cumplir con las Políticas Gerenciales, Acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.
13. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.
14. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.
15. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.
16. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.
17. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciera sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso.
18. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleva.
19. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.
20. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar el último servicio recibido.
21. El contratista se obliga a responder por la custodia y buen manejo de los recursos públicos a su disposición.
22. El contratista se obliga a asistir a las Jornadas de Capacitación, Inducción y/o re-inducción a las que sea convocado por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, como parte integral en el proceso de Contratación, la inasistencia injustificada a dichas jornadas será causal para inicio de acciones administrativas por posible incumplimiento contractual.
23. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. **TERCERA.- VALOR:** El valor total del presente contrato para todos sus efectos se fija en la suma de **UN MILLON QUINIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS M/CTE.(\$1.514.412)**, valor resultante del **VALOR HORA CONTRATADA: \$8.142.00 x CANTIDAD DE HORAS REQUERIDAS:186 CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato será cancelado por el CONTRATANTE con cargo al **Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 15277 del 28 de julio de 2017, Código del Rubro: CONTRATACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES- 321030501 Vigencia: 2017**, expedido por el área financiera –Presupuesto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El CONTRATANTE cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por horas ejecutadas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base de honorarios pactados sobre horas requeridas y ejecutadas, así: **VALOR HORA: \$8.142.00 x CANTIDAD DE HORAS REQUERIDAS:186**, susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley. La certificación de pago debe presentarse en las fechas establecidas por la Institución y debe ir acompañada de los siguientes documentos: 1. Informe mensual de actividades y ejecución del contrato con el visto bueno del Supervisor. 2. Planilla que soporte que se hayan



| | | | | |
|---|--|--|---|-----------|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | | Versión: | |
| | | | Fecha de aprobación: | |
| | | | Código: | En prueba |
| | | |  | |

realizado los respectivos pagos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales del respectivo mes. Si EL **CONTRATISTA** pertenece al **RÉGIMEN COMÚN** deberá presentar para cada uno de los pagos la correspondiente factura. **PARÁGRAFO: RETENCIONES:** Para cumplir con las obligaciones fiscales de ley, el **CONTRATANTE** efectuará las siguientes deducciones por Impuestos Nacionales y Distritales que establezca o cree la ley. En todo caso las retenciones que el **CONTRATANTE** efectúe, estarán a cargo del **CONTRATISTA**. **SEXTA.- TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El término de ejecución del presente contrato será por el término de **1 MES**, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución. **SÉPTIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En el evento en que el **CONTRATISTA** requiera la terminación anticipada del Contrato, deberá solicitarla con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al supervisor del contrato, quien evaluará la solicitud, sobre la base que no se afecte la Prestación del Servicio. El **CONTRATANTE**, podrá terminar anticipadamente el presente contrato en cualquier momento por necesidades del servicio, terminación del proyecto, incumplimiento del **CONTRATISTA**, no cumplimiento de las obligaciones contractuales o culminación de actividades contratadas, por lo tanto no habrá lugar a indemnizaciones. **OCTAVA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** El **CONTRATANTE** se compromete para con el **CONTRATISTA** además de cumplir con el pago de los honorarios señalados en el presente contrato, a facilitar la documentación, insumos mínimos e información necesarios que requiera el **CONTRATISTA** para el cumplimiento de sus obligaciones y actividades. **NOVENA - CESIÓN O SUBCONTRATACIÓN:** El **CONTRATISTA** no podrá subcontratar o ceder parcial o totalmente los derechos y obligaciones emanados de éste contrato a persona natural o jurídica, sea nacional o extranjera, sin previa aprobación del **CONTRATANTE**. **DÉCIMA.- SUSPENSIÓN:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados se podrá suspender temporalmente la ejecución del presente contrato de común acuerdo entre las partes mediante la suscripción de un acta, en la que conste la causa de la misma, previamente avalada por el supervisor, no obstante el plazo de suspensión no será superior a treinta (30) días calendario; salvo casos asociados al cuidado de la salud debidamente soportados, en caso de superarse este término se tramitará la terminación del contrato de forma bilateral o unilateral. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El término de la suspensión no podrá ser computable para efectos del plazo extintivo, ni dará derecho a exigir indemnización alguna o a reclamar honorarios diferentes a los causados a la fecha de la suspensión. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** La suspensión de actividades sin previo aviso o visto bueno del supervisor dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del Contrato. **DÉCIMA PRIMERA.- GARANTÍAS EL CONTRATISTA** constituirá a favor de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**, Nit.900.959.048-4, garantía única, consistente en una póliza expedida por una compañía aseguradora o banco legalmente autorizados para funcionar en Colombia, que ampare las obligaciones surgidas del presente Contrato, la cual se mantendrá vigente durante su vida y liquidación y se ajustará a los límites, existencia y extensión del riesgo amparado así: **PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato y por una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios y un (1) año más (Químico Farmacéutico y Regente de Farmacia, Conductores de Ambulancia, o quien haga sus veces); **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONES MÉDICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD** hasta por la suma mínima de cien (100) S.M.M.L.V. (Si el **CONTRATISTA** desarrolla actividades en el área asistencial de consulta externa, urgencias y hospitalización, como: Médicos, Médicos Especialistas, Médicos veterinarios, Odontólogos, Odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería y Bacteriólogos. **El contratista se obliga a mantener vigente la(s) garantía(s) durante la ejecución del contrato las cuales incluirán sus adiciones y prorrogas.** La Póliza será constituida por una Compañía de Seguros debidamente establecida en Colombia cuya póliza matriz se encuentre aprobada por la Superintendencia Financiera, con el fin de garantizar indemnización por los perjuicios derivados por causa o con ocasión del presente contrato. **PARÁGRAFO.-** Las pólizas deberán ser entregadas dentro de los **ocho (08) días hábiles** siguientes a la suscripción del presente Contrato de prestación de servicios en la Dirección de Contratación de la E.S.E. **DÉCIMA SEGUNDA.- CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones por parte del **CONTRATISTA** este pagará al **CONTRATANTE** a título de cláusula penal, una suma equivalente al **veinte por ciento (20%)** del valor total del contrato, que se imputará como indemnización de perjuicios que se causen por el incumplimiento. **PARÁGRAFO PRIMERO:** De acuerdo con el contenido de la presente cláusula el **CONTRATISTA** autoriza al **CONTRATANTE**, que de probarse que la glosa definitiva o los descuentos realizados a la entidad son atribuibles a él, descuenta su valor de los contratos posteriores que llegare a firmar, o requerirlo para el pago de manera directa, previo agotamiento del debido proceso. En caso de que el **CONTRATISTA** no se encuentre vinculado a la entidad de manera alguna, el **CONTRATANTE** podrá iniciar las acciones legales respectivas. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Si las actividades no conllevan proceso en que resulten glosas o descuentos no se debe tener en cuenta, lo señalado en el **PARAGRAFO PRIMERO** de la presente cláusula. **DÉCIMA TERCERA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA:** Las diferencias que ocurran entre las partes en la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del presente contrato serán resueltas a través de los mecanismos alternativos de solución de conflictos previstos en la ley. **DÉCIMA CUARTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El **CONTRATISTA**, afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad para celebrar este contrato con el **CONTRATANTE**, de conformidad con la Ley. **DÉCIMA QUINTA.- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato quedará liquidado en forma automática cuando se ejecute totalmente el valor contratado, para lo cual deberá existir informe técnico, administrativo y financiero del supervisor del contrato con las respectivas órdenes de pago que así lo soporte y la presentación de los Paz y Salvos de Inventarios expedido por Activos Fijos y de Archivo sobre la devolución de bienes y documentos a su cargo y el Paz y Salvo de Facturación, Cartera y Glosas para proceder con el último pago de los honorarios, al finalizar el contrato o cualquiera de sus adiciones. No obstante en caso de existir saldo a reversar procederá la respectiva liquidación de mutuo acuerdo o unilateralmente. Si dentro de los cuatro (4) meses o en el término indicado en la ley, siguientes a la terminación y/o proyección del acta que da por terminado el contrato; el **CONTRATISTA** no se presentare a la suscripción de la misma o no llegaren las partes a un acuerdo sobre su contenido; la administración procederá mediante acto administrativo motivado, el cual es susceptible del recurso de reposición, a liquidar el mismo. **DÉCIMA SEXTA.- DOCUMENTOS:** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Formato de requerimiento debidamente diligenciado. b) Afiliación al fondo de Pensiones y Administradora de Riesgos Laborales A.R.L. c) Afiliación a una Entidad Promotora de Salud, d) Certificado de disponibilidad presupuestal. e) Fotocopia del Registro Único Tributario – R.U.T. f) Todos los demás documentos que sirvan de fundamento para su ejecución. **DÉCIMA SEPTIMA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN:** a) Por terminación del plazo de ejecución, b) Por mutuo acuerdo entre las partes, c) Por muerte del **CONTRATISTA**, d) Por incumplimiento de las obligaciones del **CONTRATISTA** pactadas en la cláusula segunda, sin que por esto medie pago de honorarios ni indemnización alguna por parte del **CONTRATANTE**. e) Por razones de fuerza mayor o caso fortuito no atribuibles a las partes. f) Por imposibilidad del **CONTRATISTA** para



| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------|---|
|  | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | Versión: | |  |
| | | Fecha de aprobación: | | |
| | | Código: | En prueba | |

ejercer la profesión u oficio. g) Por orden de autoridad competente. h) Las demás indicadas en el texto del contrato. **DÉCIMA OCTAVA.- CLÁUSULAS EXORBITANTES:** En cuanto a la CADUCIDAD, INTERPRETACIÓN UNILATERAL, MODIFICACIÓN UNILATERAL Y TERMINACIÓN UNILATERAL, el presente contrato se regirá por los preceptos contemplados en los Artículos 15, 16, 17 y 18 de la ley 80 de 1993. **DÉCIMA NOVENA. - CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El **CONTRATISTA** se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del **CONTRATANTE** y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del **CONTRATANTE** a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el **CONTRATISTA** directa o indirectamente del **CONTRATANTE**, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el **CONTRATISTA**, en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del **CONTRATANTE** entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al **CONTRATISTA**. **VIGÉSIMA - INDEMNIDAD:** El **CONTRATISTA** mantendrá indemne al **CONTRATANTE** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el **CONTRATISTA** en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el **CONTRATANTE**, por asuntos que según el Contrato sean de responsabilidad del **CONTRATISTA**, éste será notificado lo más pronto posible para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al **CONTRATANTE**. El **CONTRATISTA** será responsable de todos los daños causados al **CONTRATANTE**, ocasionados por su culpa y le reconocerá y pagará el valor de tales daños o procederá a repararlos debidamente a satisfacción del **CONTRATANTE**. **VIGÉSIMA PRIMERA.- EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL** El presente contrato, excluye de manera expresa la relación laboral por lo tanto en ningún caso será considerado como contrato de trabajo y en desarrollo de él, el **CONTRATISTA** no tendrá ninguna relación laboral con el **CONTRATANTE**, por tanto, el contratista renuncia a cualquier ejercicio de acción judicial por dicho concepto en contra de la Entidad **VIGÉSIMA SEGUNDA.- INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA:** El **CONTRATISTA** es una persona independiente a la del **CONTRATANTE**, y en consecuencia, el **CONTRATISTA** no es su representante, agente o mandatario, por tanto no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del **CONTRATANTE**, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo del **CONTRATANTE**. **VIGÉSIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** el presente contrato se perfeccionará con la firma de las partes y para su ejecución se requerirá la expedición del respectivo Certificado de Registro Presupuestal y la Aprobación de garantías según aplique. **VIGÉSIMA CUARTA.- SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato será ejercida o estará a cargo del **LIDER PROCESO ENFERMERIA** o quien haga sus veces, o quien designe el **CONTRATANTE**, quien verificará el cabal cumplimiento, por parte del **CONTRATISTA**, de las actividades pactadas en el presente contrato, así como el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social e informará oportunamente las situaciones que afecten la ejecución de lo pactado y las demás disposiciones contenidas en Acuerdo No.03 del 03 de Mayo de 2016, " Por medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.", emitido por la Junta Directiva de la Subred, así como a la Resolución 627 del 20 de Octubre de 2016, por medio de la cual se adopta el Manual Interno de Contratación de la entidad. **VIGÉSIMA QUINTA.- DOMICILIO:** Para todos los efectos el domicilio contractual es la ciudad de Bogotá D.C., y para efectos de notificaciones el **CONTRATISTA** autoriza el correo electrónico **NO REGISTRA**.

Para constancia se firma en Bogotá D.C. El 31 de julio de 2017.


VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO
 GERENTE
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
 SUR OCCIDENTE E.S.E.
 CONTRATANTE


JEAMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS
 C.C. No. 53.083.300
 CONTRATISTA

| Los abajo firmantes declaramos que hemos proyectado y revisado este documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales por lo tanto lo presentamos para la firma. | | | | |
|---|----------------------------------|---|---|---------------------|
| | Nombre | Cargo | Firma | Fecha (D-M-A) |
| Revisado por: | Mónica E. González Montes | Directora de Contratación |  | 31 de julio de 2017 |
| Proyectado por: | Delby Leonardo Giraldo | Técnico Administrativo |  | 31 de julio de 2017 |
| Control de Calidad | Leidy Viviana Rodríguez Olivares | Apoyo - Profesional Universitario - Abogada |  | 31 de julio de 2017 |

1229

| | | | |
|--|--|--|--|
| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA | Versión: 2 | |
| | | Fecha de aprobación: 03/04/2017 | |
| | | Código: 15-02-FO-0003 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|-----|------------------------------------|---|-----------------|----------------------|-----------------|---|-----------------|---------|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS ✓ | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | | | C.C | X | C.E | NO. | | | 53083300 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | jeammyvc@hotmail.com | | | CELULAR: | | | 3142434212 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | Occidente de Kennedy | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | | PROGRAMA CANGURO | | | | SEDE: | | KENNEDY | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | | G710 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | | | DAVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | | | AHORROS | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | | 000570071407 | | | | | | PENSIONADO | | No | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------|------------------------|-------------|---------------------|--------------------------|-----|-------|--------|------------|-----|-----|------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | | SO-1361 -H | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 de 1 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | | 15277 | FECHA | | 28/07/17 | NÚMERO DE CRP | | 25506 | FECHA | 04/08/2017 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | | | DESDE | | DIA | MES | AÑO | HASTA | | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | | 1 | 8 | 2017 | | | 31 | 8 | 2017 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$1.514.412 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONCEPTO | | VALORES |
|---|--|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | | \$1.514.412 |
| VALOR EJECUTADO | | \$1.514.412 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | | \$1.514.412 |
| 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 mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.844.293, 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8468394451 ✓ | \$738.000,00 | \$92.250 | \$118.080 | 3 | \$17.978 | \$228.308 ✓ |

Dado en Bogotá a los () días del mes de AGOSTO del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

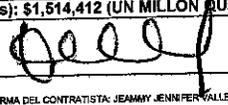
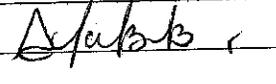
| | |
|--|--|
| DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |
|--|--|

Recibido
25/08/17.

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
|  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: 03/04/2017 | |
| | | Código: 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------|-----|---------------|------------|-----|-----|--------|
| Ubicación del Servicio: | PROGRAMA CANGURO | | | Sede: KENNEDY | | | | |
| No. DE CONTRATO: | SO-1361 → 17 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 8 | 2017 | 31 | 8 | 2017 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | C. C. | 53.083.300 | | 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 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 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 cama. 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- Anecdario 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 respeto, 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- Anecdario 2- Lista de verificación aseo y desinfección |
| MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FÍSICOS, 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 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 registrarlos 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): \$1,514,412 (UN MILLON QUINIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESO PESOS MCT.) | |
|  | Fecha: día/mes/año Firma de recibido supervisor:  |
| NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS, C.C. 53083300 BTA. | |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | Clase Aportante | | Dirección | | Exonerado SENA e ICBF | |
| Identificación | dv | Razón Social | PRINCIPAL | CL 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. | Teléfono | 2097364 |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | Clave | | Fecha | | Valor | |
| Período | Salud | Planilla | Planilla | Límite | Pago | Días Mora | Valor |
| 2017-08 | 100000011 | 8468394451 | 1 | 2017/08/02 | 2017/07/21 BANCO BOGOTÁ | 0 | \$228,400 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|----------|----------------|-------|-----------|-----------|--------|-------|-----|----------|--------|----------|-----|-----------|----------|------|--------------|----------|------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | | | | | |
| No. | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | |
| SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 53083300 | VALLEJO JEANMY | 05-14 | 30 | \$737,717 | | | | \$92,300 | | | | \$0 | | | | | | | | |
| | | | | | \$737,717 | \$118,100 | | | | | | \$92,300 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$0 | |
| | | | | | \$737,717 | \$118,100 | | | | | | \$92,300 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| | | | | | \$737,717 | \$118,100 | | | | | | \$92,300 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$737,717 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Total Afiliados(1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PAGADO

JUL 19 2017 15:00:48 RemIT 4.22
CORRESPONSAL
LUMA DROGAS TIMIZA
CRA 74 40-20 SUR

BANCO DE BOGOTÁ

C. UNICO: 0014688162 TER: AAAMZ707
V. ELECTRON Cc
**4901 RECIBO: 025193 RRN: 052850
RECAUDO APRO: 192667

SERVICIO: 1506
FACTURA: 00000000.000008468394451
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO \$ 228.400

FECHA PLANILLA: 2017/08
VALOR PLANILLA: \$ 228.400
VALOR COMISION: \$ 0
VALOR IVA: \$ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 07/21
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

Jeanmy Vallejo
Aux. Enfermería
C.E. 53 083 300
D. Fabro

Jeanmy Vallejo
Aux. Enfermería
C.E. 53 083 300
D. Fabro

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-----------------------------------|--|-----------------|--|--------------------|--|--|--|---------------------|--|----------|--|-----------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | Razon Social | | Clase Aportante | | Sucursal Principal | | Direccion | | Ciudad-Departamento | | Teléfono | | Exonerado SENA e ICBF | |
| Identificación | dv | | | INDEPENDIENTE | | PRINCIPAL | | CALLE 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 | | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E. | | 2097364 | | SI | |
| CC: 53083300 | | VALLEJO CABARCAS JEHANNY JENNIFER | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|----------|------------|------------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | | | |
| Periodo | Clave | Tipo | Fecha | Pago | Dias Mora | Valor | | | | | |
| Pensión Salud 2017-08 | 1000000011 | Platilla | 2017/08/02 | 2017/07/21 | 0 | \$228,400 | | | | | |
| | 8468394431 | | | 2017/07/21 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$118,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$118,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$18,000 |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | 14-28 | 800,256,161 | 9 | 1 | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$18,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$92,300 | \$0 | \$0 | \$92,300 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | \$92,300 | \$0 | \$0 | \$92,300 |
| TOTAL | | | | 1 | \$228,400 | \$0 | \$0 | \$228,400 |

PAGADO

Jeannmy Valero
Aux. Enfermería
C.C. 53 083 300
Dpto

Compensación ▶ Consultas y estadísticas ▶ Maestro de Afiliados Compensados (<http://www.adres.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados>)

Maestro Afiliados Compensados

Servicios

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación definido en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

| TIPO ID | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIADO |
|------------------------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|-----------|---------------|
| No records to display. | | | | | | | | |

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

| TIPO ID | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIADO |
|------------------------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|-----------|---------------|
| No records to display. | | | | | | | | |

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

| TIPO ID | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO | EPS / EOC | TIPO AFILIADO |
|---------|---------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|------------------|---------------|
| CC | 53083300 | VALLEJO | CABARCAS | JEAMMY | JENNIFER | 2017-07 | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE |

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | FECHA DE AFILIACIÓN | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO |
|------------------|----------------------|---------------------|------------------|---------------|
| COMPENSAR E.P.S. | 07/2017 | 08/02/2005 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 06/2017 | 08/02/2005 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 05/2017 | 08/02/2005 | 30 | COTIZANTE |
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2017 | 08/02/2005 | 30 | COTIZANTE |



Noticias
(/todaslasnoticias)



B.D.U.A.
(/BDUA/Consulta-afiliado/Estadisticas-Consulta-Afiliado/Afiliados-Cargados-en-la-BDUA)



Pago Rex
(/REX/Procesos-y-procedimientos/Pago-Recauda-Rex)



Mallas (/Mallas-Validadoras)



Normas (/Acercadel-FOSYGA/Marco-Normativo/Acuerdos)



Preguntas (/Preguntas-frecuentes)



Contacto
(/Inicio/Contáctanos)

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

<http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

- Presidencia (<http://es.presidencia.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>)
- Vicepresidencia (<http://www.vicepresidencia.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>)
- MinJusticia (<http://www.minjusticia.gov.co/>)
- MinDefensa (<https://www.mindefensa.gov.co/>)
- MinTrabajo (<http://www.mintrabajo.gov.co/>)
- MinInterior (<http://www.mininterior.gov.co/>)
- MinRelaciones (<https://www.minrelaciones.gov.co/>)
- MinHacienda (<http://www.minhacienda.gov.co/>)
- MinMinas (<http://www.minminas.gov.co/>)
- MinComercio (<http://www.mincit.gov.co/>)
- MinTic (<http://www.mintic.gov.co/>)
- MinEducación (<http://www.mineducacion.gov.co/>)
- MinCultura (<http://www.mincultura.gov.co/>)
- MinAgricultura (<http://www.minagricultura.gov.co/>)
- MinAmbiente (<http://www.minambiente.gov.co/>)
- MinTransporte (<http://www.mintransporte.gov.co/>)
- MinVivienda (<http://www.minvivienda.gov.co/>)
- Urna de Cristal (<http://www.urnadecristal.gov.co/>)

Enlaces de Interés:

Otras entidades:

*Jeanny Vallejo
Aut. Enfermera
C.C. 53 083 300
D/Bar*

- Superintendencia Nacional de Salud (<http://www.supersalud.gov.co/>)
- Instituto Nacional de Salud (<http://www.ins.gov.co/>)
- Registro de Prescripción de Prestaciones No Incluidas en el POS (<https://mipres.sispro.gov.co/>)
- Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/piia.aspx>)
- Gestión del Riesgo Individual (<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>)
- Medicamentos a un clic (<http://www.medicamentosauclic.gov.co/>)
- POS Pópuli (<http://pospopuli.minsalud.gov.co/>)

- Departamento Nacional de Planeación (<http://www.dnp.gov.co/>)
- Departamento Administrativo de la Función Pública (<http://www.funcionpublica.gov.co/>)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (<https://www.dane.gov.co/>)
- Prosperidad Social (<http://www.dps.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>)
- Unidad para las Víctimas (<http://www.unidadvictimas.gov.co/>)

- Gobierno en Línea (<http://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/623/w3-channel.html>)
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (<http://www.icbf.gov.co/>)
- Colombia Compra Eficiente (<https://www.colombiacompra.gov.co/colombiacompra/colombiacompra-eficiente>)
- SECOP (<https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.c>)
- Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/es/>)
- Organización Panamericana de la Salud (<http://www.paho.org/col/>)

Text/HTML

Atención al ciudadano: Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m. Jornada Continua.
 Punto de atención presencial:
 Avenida Calle 26 # 69 - 76 Torre 1 Piso 17.
 Centro Empresarial Elemento
 Bogotá, D.C.
 Código Postal 111071

Líneas de Atención Telefónica:

Bogotá (571) 432 27 60
 Línea gratuita Nacional: 01 8000 423 737
 Virtual: atencionalcliente@adres.gov.co
 Notificaciones judiciales: notificaciones.judiciales@adres.gov.co

Juan Carlos
 Aux. Enfermería
 C.D. 53083300

CUENTAS POR PAGAR
rcpimpfac 4.1.1
SERVINTE S.A.

SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.

PAG. 138
Fecha: 2017/06/21
Hora: 17:39:25

DETALLE DE FACTURAS Periodo Contable 2017/06

Fuente: 37

Desde: 32620 Hasta: 32994 - 1

FUE: 37 CA NUM-BDD: 32766 NUM-FACTURA: 1-1594 FED-BDD: 2017/06/22 FED-VEN: 2017/06/22
PROVEEDOR: 53003300 VALOR FACTURA: 1,327,856

| DETALLE DE CONCEPTOS : | CONCEPTO | NOMBRE | TIPO | VALOR | BASE |
|------------------------|----------|--------------------------------|------|-----------|-----------|
| | 202 | RET. ICA 9.66 XNIL ACT.SERVICI | A | 12,944 | 1,340,800 |
| | 519 | REMUNERACION SERVICIOS PIC | C | 1,340,800 | |
| | | TOTAL | | 1,327,856 | 1,340,800 |

DETALLE CONTABLE :

| CUENTA | NOMBRE | DESCRIPCION | C.CO | NOMBRE-C.CO | DEBITOS | NIT | CREDITOS | NOMBRE-NIT | COND | NOMBRE COND | DOC-ANE | BASE |
|----------|---------------------------|---------------------------|------|-------------|-----------|----------|-----------|---------------------------|------|----------------------|---------|--------------|
| 24905001 | SERVICIOS - CONTRATISTAS | DPS 1-1594 1-30J17 | | | | 53003300 | 1,327,856 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | | | 01-1594 | |
| 24362703 | RETEICA 9.66 ACTIV. SERVI | DPS 1-1594 1-30J17 | | | | 53003300 | 12,944 | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | 27 | RETEICA 9.66 ACTIVID | 01-1594 | 1,340,000.00 |
| 73130227 | COMISIONES, HONORARIOS Y | PLAN DAMBURO-HOSPITAL XEN | | | 1,340,000 | 53003300 | | VALLEJO CABARCAS JEANNY J | | | 01-1594 | |
| | | DPS 1-1594 1-30J17 | | | | | | | | | | |
| | | TOTAL | | | 1,340,000 | | 1,340,000 | | | | | |

Ordenador del Gasto Area A. y Financiera

= PRESUPUESTO =
=====

[Signature]

Presupuesto Tesoreria

[Signature]

Contabilidad Recibi, firma y sello

32266165



| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------|-----|----------------------------------|---|------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------|-----------------|-----|-----------------|------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | | | C.C | X | C.E | NO. | | 53083300 | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | jeammyvc@hotmail.com | | | | CELULAR: | | 3142434212 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | Occidente de Kennedy | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | | PROGRAMA CANGURO | | | | SEDE: | | KENNEDY | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | | G710 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | | | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORROS | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | | 000570071407 | | | | PENSIONADO | | No | | | |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | | | 1-1594/2017 | | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | 6 DE 6 | |
| NÚMERO DE CDP | | 9640 | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | 10286 | | FECHA | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | | | DESDE | | DIA | MES | AÑO | HASTA | | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | | 1 | 6 | 2017 | | | 30 | 6 | 2017 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$1.340.000 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | | | Asistencial | | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | | |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | | | | | | | | | | | | | |
| CONCEPTO | | | | | | | | | | VALORES | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | | | | | | | | | | \$7.593.333 | | | |
| VALOR EJECUTADO | | | | | | | | | | \$7.593.333 | | | |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | | | | | | | | | | \$1.340.000 | | | |
| 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 \$1.844.293, 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 | |
| 8466138778 | | \$738.000,00 | | \$92.250 | | \$118.080 | | 3 | | \$17.978 | | \$228.308 | |
| Dado en Bogotá a los <u>1</u> días del mes de JUNIO del año Dos Mil Diecisiete (2017). Lo anterior para que sirva el pago pertinente. Cordialmente, | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | | | | | | | NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA | | | | | | |



| | | | | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|---|-------------------------|---|-----|-----------|
| Ubicación del Servicio: | | PROGRAMA CANGURO | | | Sede: KENNEDY | | |
| No. DE CONTRATO: | 1-1594 /2017 | Periodo certificado desde el | | | Día | Mes | Año |
| | | | | | 1 | 6 | 2017 |
| | | | | | 30 | 6 | 2017 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS | | | C. C. | 53.083.300 | | 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 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 para el paciente 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-Anecdótico 2- Bitacora de procedimientos 3-Bitacora de procedimientos 4-Bitacora de procedimientos | | |
| REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS. CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 11. Ejecutar 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 cronologicamente | | 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 respeto 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-Anecdótico 2-Lista de verificación aseo y desinfección | | |
| MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FÍSICOS, 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 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 | | |
| CAPACITACION, EDUCACION CLÍNICA E INVESTIGACION 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): \$1.340.000 (UN MILLÓN TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCT.) | | | | | | | |
| <p><i>Jeanny Vallejo</i> <i>AK Enfermería</i> <i>C.C. 53.083.300</i></p> | | | | <p><i>OROLINDOS</i></p> | | | |
| NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEAMMY JENNIFER VALLEJO CABARCAS, C.C. 53083300 BTA | | | | | | | |
| Fecha: <i>03/04/2017</i> Firmado por el recibido supervisor: | | | | | | | |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. | | | | | | | |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------|--------------|---------------------------------|-----------------|---------------|--------------------|-----------|-----------|-------------------------------------|---------------------|--------------------|----------|---------|-----------------------|----|
| Identificación | CC 53083300 | Razon Social | VALLEJO CABARCAS JENNY JENNIFER | Clase Aportante | INDEPENDIENTE | Sucursal Principal | PRINCIPAL | Direccion | CL 62-4 SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 176 | Ciudad-Departamento | BOGOTA-BOGOTA D.E. | Telefono | 2097364 | Exonerado SFNA e ICBF | SI |
|----------------|-------------|--------------|---------------------------------|-----------------|---------------|--------------------|-----------|-----------|-------------------------------------|---------------------|--------------------|----------|---------|-----------------------|----|

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|-------|-----------|------|----------|-------|------------|------|------------|-------|--------------------|-----------|---|-------|-----------|
| Periodo | 2017-05 | Clave | 846613878 | Tipo | Planilla | Fecha | 2017/05/02 | Pago | 2017/05/15 | Banco | BANCO DE OCCIDENTE | Dias Mora | 0 | Valor | \$228.400 |
|---------|---------|-------|-----------|------|----------|-------|------------|------|------------|-------|--------------------|-----------|---|-------|-----------|

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | | | |
|----------------------|----------------|---------------|--------|------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|--------------|--------|------|-----|
| | | | | | IRC | Aporte | Limite | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Limite | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Limite | Codigo | Dias | IBC |
| EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 51083300 | VALLEJO JENNY | 25-14 | 30 | \$737,717 | \$118,100 | \$118,100 | \$737,717 | \$92,300 | \$92,300 | \$92,300 | \$92,300 | \$737,717 | \$18,000 | \$18,000 | \$18,000 | \$737,717 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Afiliados(1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | \$737,717 | \$118,100 | \$118,100 | \$737,717 | \$92,300 | \$92,300 | \$92,300 | \$92,300 | \$737,717 | \$18,000 | \$18,000 | \$18,000 | \$737,717 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Total | | | | | \$737,717 | \$118,100 | \$118,100 | \$737,717 | \$92,300 | \$92,300 | \$92,300 | \$92,300 | \$737,717 | \$18,000 | \$18,000 | \$18,000 | \$737,717 | \$0 | \$0 | \$0 |

PAGO DE FACTURAS
 FILA BP
 NUM APROBACION: 19314682
 NUM REFERENCIA: 0000009466138779
 NUM IDENTIFICACION: 53083300
 PERIODO: 2017-05
 FECHA EFECTIVA: 2017-05-15
 VALOR: 228.400
 LUNES MAY 17 14:20:52
 105-02342421-010
 774911505221-444623-432260-45
 TRANSFER ESTE BIQUETE ES EL
 UNO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN
 CASO DE RECLAMO LLAMAR A
 SU OPERADOR
 AGT 8472 DE 802268
 05103014-5083-300
 NIT 900442150-8 Bogota D.C

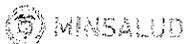
Jenny Vallejo
 AUX. Gerencia
 C.C 53-083-300

Jenny Vallejo
 AUX. Gerencia
 C.C 53-083-300

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------|-----------------------|--|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | |
| CC 53083300 | | VALLEJO CABARCAS JEANWAY JENNIFER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 62 A SUR 73 C - 21 TR 7 APTO 126 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2097364 | SI | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
| Periodo | Clave | Planilla | Tipo | Fecha | Pago | Dias Mora | Valor | | |
| 2017-06 | 19314662 | 8466138778 | 1 | 2017/06/02 | 2017/05/15 BANCO DE OCCIDENTE | 0 | \$228,400 | | |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------|-------------|--------|------------|-----------|-------|-------|-----------|--|
| AFP | Planilla | Tipo | Limite | Fecha | Pago | Banco | Valor | | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | 25-14 | 900.336.004 | 7 | 2017/05/15 | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$118,100 | |
| COLPENSIONES | | | | | | | | \$0 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | 14-28 | 800.256.161 | 9 | | \$118,100 | \$0 | \$0 | \$118,100 | |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | | | | | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$18,000 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | \$18,000 | \$0 | \$0 | \$18,000 | |
| COMPENSAR | EP5008 | 860.056.942 | 7 | | \$92,300 | \$0 | \$0 | \$92,300 | |
| | | | | | \$92,300 | \$0 | \$0 | \$92,300 | |

Jeannette Vallejo
 AUX. ENFERMERIA
 C.C. 53 083 300



Compensación > Consultas y estadísticas > Maestro de Afiliados Compensados (<http://www.fosyga.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados>)

Maestro Afiliados Compensados

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remitase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309**

No records to display.

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

| CC | EMPRESA | CIUDAD | CABECERA | NOMBRE | FECHA | ENTIDAD | ESTADO |
|----|---------|---------|----------|-----------------|---------|------------------|-----------|
| CC | 5903300 | VALLEJO | CABARCAS | JEAMMY TENNIFEP | 09/2013 | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE |

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

| | | | | | | | |
|----|---------|---------|----------|-----------------|---------|------------------|-----------|
| CC | 5302300 | VALLEJO | CABARCAS | JEAMMY TENNIFEP | 2017-06 | COMPENSAR E.P.S. | COTIZANTE |
|----|---------|---------|----------|-----------------|---------|------------------|-----------|

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EMPRESA | FECHA INICIO | FECHA FIN | ESTADO | VALOR | |
|------------------|--------------|------------|--------|-----------|------|
| COMPENSAR E.P.S. | 06/2017 | 09/02/2005 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 06/2017 | 09/02/2005 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2017 | 09/02/2005 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 05/2017 | 09/02/2005 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 02/2017 | 08/02/2005 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 01/2017 | 08/02/2005 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 12/2016 | 08/02/2005 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| COMPENSAR E.P.S. | 11/2016 | 08/02/2005 | 30 | COTIZANTE | 4023 |

Noticias (/todaslasnoticias)

B.D.U.A (/BDUA/Consulta-afiliado/Estadísticas-Consulta-Afiliado/Afiliados-Cargados-en-la-BDUA)

Pago REX (/REX/Procesos-y-procedimientos/Pago-Recaudo-Rex)

Mallas (/Mallas-Validadoras)

Normas (/Acerca-del-FOSYGA/Marco-Normativo/Acuerdos)

Preguntas (/Preguntas-frecuentes)

Glosario (/Glosario-de-Terminos)

Contacto (/Inicio/Contáctanos)

Atención al ciudadano: Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m.
Atención Continua. Punto de atención presencial: Carrera 7 No. 31A - 36 Bogotá.

Código Postal 110311 EDIFICIO NUEVO MILENIO Vía telefónica: Bogotá (57-1) 4806666

Línea gratuita Nacional: 01 8000 522 450

Virtual: atencionalcliente.sayp@sayp.com.co (mailto:atencionalcliente.sayp@sayp.com.co)

Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

© 2016 Fondo de Solidaridad y Garantía. Términos y Condiciones de uso. Última Actualización: 27 enero 2016

Submit

Jeanmaría Valderrama
Auditor
C.C. 93 083 300