Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MYRIAM ZULLY DIAZ COBOS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52754272						
CORREO ELECTRONICO:	zully_diaz_@hotmail.com				CELULAR:	316 448 22 54						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SEDE: BOSA							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALA DE PARTOS				SEDE:	USS BOSA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	D05	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	202-657348-82								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-1713 DE 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12
NÚMERO DE CDP	1990 -26	FECHA	13/12/2018-01/01/2019	NÚMERO DE CRP	49088 -8882	FECHA	17/12/2018-15/01/2019
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 ENFERMERA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	1	2019		31	1	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.901.414							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%						
OBSERVACIONES: TOTAL DE HORAS LABORADAS 186 HORAS , VALOR DE LA HORA $15,599								

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$34.442.592
VALOR EJECUTADO	$32.991.885
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.901.414
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.450.707
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	91%

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 **$1.953,105**, 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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1017240132	$1.161.000,00	$145.200	$185.800	3	$28.300	**$359.300**

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de ENERO del año Dos Mil Diecinueve(2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

LUZ DARY CAMPOS MORENO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MYRIAM ZULLY DIAZ COBOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

icación del Servicio:	URGENCIAS		Sede:	USS BOSA						
. DE CONTRATO:	SO-1713-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2.019		31	1	2.019
)MBRE DEL CONTRATISTA:	MYRIAM ZULLY DIAZ COBOS		C. C.		52.754.272	DE	BOGOTA		

IJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos no ENFERMERA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ____ **Servicios:** SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
estare servicios profesionales de enfermería a los cientes y usuarios, aplicando las normas establecidas la institución, cumpliendo con los preceptos del tema Obligatorio de Garantía deCalidad, como ncipio rector en los servicios de GINECOLOGIA	SI	Preste servicios profesionales de enfermería a los pacientes y usuarios, aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía deCalidad, como principio rector en los servicios de SALA DE PARTOS	NO APLICA MES ENERO
cibire y entregare turno a las 7:00 A.M. A 1:00 P.M. en LA DE PARTOS según programación de turno icando los procedimientos definidos para tal fin y nforme a las actividades programadas por el Hospital	SI	Recibi y entregue turno de 7:00 A.M. A 1:00 P.M. en SALA DE PARTOS según programación de turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital	LIBRO DE FOLIOS ENTREGA DE TURNO MES DE ENERO
ordinare en el área de SALA DE PARTOS actividades tareas inherentes a la atención de los pacientes, iendo en cuenta la preparación, tratamiento y las bilidades individuales del personal brindando un óptimo dado.	SI	Coordine en el área de SALA DE PARTOS actividades y tareas inherentes a la atención de los pacientes, teniendo en cuenta la preparación, tratamiento y las habilidades individuales del personal brindando un óptimo cuidado.	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MES ENERO
ministrare los medicamentos que requiere el paciente SALA DE PARTOS conforme a la formulación medica	SI	Administre los medicamentos que requiere el paciente en SALA DE PARTOS conforme a la formulación medica	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MES DE ENERO
alizare las actividades de salud brindando cuidado ecto al paciente de SALA DE PARTOS las técnicas épticas establecidas en los protocolos, guías y ocedimientos fijados por la institución	SI	Realce las actividades de salud brindando cuidado directo al paciente de SALA DE PARTOS las técnicas asépticas establecidas en los protocolos, guías y procedimientos fijados por la institución	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MES ENERO
ntificare, analizare y reportare signos de alarma sentados a los pacientes a su cargo e informar ortunamente al médico del área sobre las situaciones emergencia y riesgos que pueda tener el paciente en servicio de SALA DE PARTOS	SI	Identifique, analice y reporte signos de alarma presentados a los pacientes a su cargo e informar oportunamente al médico del área sobre las situaciones de emergencia y riesgos que pueda tener el paciente en el servicio de SALA DE PARTOS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MES ENERO
ificare el adecuado uso y organización de la historia nica, propendiendo por su correcto diligenciamiento y stodia en el servicio de SALA DE PARTOS	SI	verificque el adecuado uso y organización de la historia clínica, propendiendo por su correcto diligenciamiento y custodia en el servicio de SALA DE PARTOS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MES ENERO
mplire con las actividades dirigidas a identificar, ntrolar y reducir los factores de riesgo biológico, biente y de la salud que se puedan producir por el decuado manejo de residuos en el servicio SALA DE RTOS	SI	Cumpli con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológico, ambiente y de la salud que se puedan producir por el inadecuado manejo de residuos en el servicio SALA DE PARTOS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MES DE ENERO
omovere y aplicar las acciones de humanización y guridad en los pacientes y servicio SALA DE PARTOS	SI	Promovi y aplique las acciones de humanización y seguridad en los pacientes y servicio SALA DE PARTOS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL MES DE ENERO
portare accidentes de trabajo e informar entualidades que vayan en contra de la salud del ciente	SI	Reporte accidentes de trabajo e informar eventualidades que vayan en contra de la salud del paciente	NO APLICA MES ENERO
alizare programación de procedimientos quirúrgicos gún necesidades del servicio y organización del rsonal SALA DE PARTOS	SI	Realice programación de procedimientos quirúrgicos según necesidades del servicio y organización del personal SALA DE PARTOS	REGISTRO EN LIBROS DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEL MES DE ENERO

ISERVACIONES:

TAL A PAGAR (Número y letras): $ 2,901,414 (DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/C)

Myriam Zully Diaz Cobos

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 52754272 BTA

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-01-03, 04:08:57 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1017240132

Periodo Cotización: diciembre de 2018 **Periodo Servicio:** diciembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8886900600

PAGADO 02/01/2019 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIRIAM ZULY DIAZ COBOS		
Documento	CC52754272	**Dirección**	CCRA 78 B N 72 B 13SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3164482254
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	INO	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52754272	MYRIAM ZULY DIAZ COBOS	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1,161,000	$ 185,800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1,161,000	$ 145,200	2.436	$ 1,161,000	$ 28,300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359,300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,161,000	$ 1,161,000	$ 1,161,000	$ 0	$ 185,800	$ 145,200	$ 28,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359,300	$ 0	$ 359,300

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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