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	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MIRYAN NOMESQUE HUERFANO								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52767262			
CORREO ELECTRONICO:	miryannomesque9@hotmail.com				CELULAR:	6012938517			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OTROS ENFERMERIA VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	PA35N04	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24107494425				PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	3774			VIGENCIA	2024			
NÚMERO DE CDP	328	FECHA	2024-01-20 16:49:01.000	NÚMERO DE CRP	15884	FECHA	2024-02-01 13:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2024-03-01		2024-03-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,746,912					
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta 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:	$5,240,736
VALOR EJECUTADO	$3,493,824
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,746,912
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,746,912
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 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
1061339125	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
"1) Conocer y realizar a cabalidad las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, conforme a las Normas técnicas, gulas, procedimientos, protocolos, manuales y lineamientos del servicio (bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad) e informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente."	Brindar un servicio en salud donde el usuario encuentre el apoyo oportuno para el respectivo mantenimiento de acuerdo a la ruta de pyd que pertenezca.	REGISTRO EN DINAMICA
" 2) Informar y solicitar al líder de la Unidad de Servicios, los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, reportando las anomalías al Sistema de Tecnovigilancia, Seguridad del paciente y demás implementados "	Tener en cuenta la disponibilidad de las agendas de acuerdo a cada profesional y considerar los tiempos de atencion según requiera el usuario.	REGISTRO EN DINAMICA
"3) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención"	Realizar un seguimiento via telefonica para identificar correctamente una demanda inducida, teniendo en cuenta su diganostico por medio de historia clinica.	Registro en historia clinica DINAMICA
"4) 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. "	Se inmforma al paciente sobre cuidados a tener y estado de salud	Se elabora un plan de cuidado en casa para darle al usuario
" 5) Realizar la inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las actividades de las RIAS"	Garantizar avance significativo en la gestion de cada ruta de acuerdo a cada programa manejado en la sede	Registro en historia clinica DINAMICA
"6) Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes"	Al momento de alimentar el libro de cada programa activo en la unidad de servicio, se debe dejar un registro en Dinamica para evidenciar el seguimiento realizado al paciente y poder tener una gestion efectivay eficiente.	Registro en historia clinica DINAMICA DE LA ORIENTACION BRINDADA AL PACIENTE
" 7) Realizar los diferentes registros y reportes en aplicativos y libros propios de los diferentes Programas y Sistemas de Vigilancia de Eventos en Salud, en forma oportuna, pertinente y legible."	Participo en la elaboracion y dilingenciamiento de manera clara, completa y oportuna de los instrumentos que me sean encomendados para mi actividad	Registro en historia clinica DINAMICA
"8) Efectuar la desinfección y apresamiento de los consultorios de la Unidad de Servicios"	Raelizo el proceso d elimpieza y desinfeccion rutinaria y la terminal	Se realiza regsitro en laplanilla al realizar la limpiza y desinfeccion del dia
"9) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred, notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio."	Cumplo con lo idnicado con El lider de la unidad	Informar al lider si evidencio alguna anomalidad en el sevricio
"10) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento."	Realizo informe mensaul sobre lo ejecutado y realizo según las activiades interpuesta por el supervisor de contrato	entrega de informe mensual según lo realizdo
11) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Promuevo el cuidado y custodia del patrimonio institucional y respondo por los elementos bajo mi responsabilidad.	Inventario de entrega de elementos, firma diaria
" 12) Participar en las jornadas de capacitación. inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado."	Participar en la diferentes reuniones programadas por la E.S.E o lider de la unidad.	Asistencia en actas de ULC, UAT DE NEFERMERIA RED MATERNO
"13)Mantener una actitud amable, colaborativa y respetuosa con pacientes, usuarios. visitantes y colaboradores de la Subred"	Mantener constante comunicación con las auxiliares de programas encargadas de la gestion posterior a la atencion para realizar la debida documentacion y archivo según requiera el programa.	Historia clinica, cadena de custodia, Libro de entrega de Historias clinicas.
"14) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos"	Garantizar una atencion oportuna al usuario teniendo en cuenta los protocolos a seguir y normas de bioseguridad	Registro en historia clinica DINAMICA
". 15) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. "	Estar presto ante la necesidad de la unidad en el momento que se requiere apoyo de acuerdo al perfil contratado.	Articulacion con equipo de trabajo
" 16) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio. de acuerdo con el sistema de información de la Subred"	Retroalimentacion con lo realizado dia a dia y mensual	Diligencias las bases entrgadas y dar infoeme mensual de lo realizado
" 17) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente"	Realizo pago mensual de los aportes requeridos, adjuntando planilla de pago como soporte ante el aplicativo.	Registro en aplicativo SURESOC Y SECOP II
"18) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contralo"	Estar presto ante la necesidad de la unidad en el momento que se requiere apoyo de acuerdo al perfil contratado	Articulacion con equipo de trabajo

Copia Controlada Subred Sur Occidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

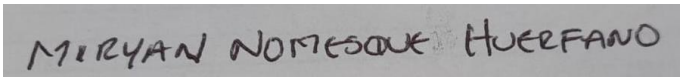
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MIRYAM NOMESQUE HUERFANO

C.C 52767262 DE BOGOTÁ

La suma de, UN MILLON SETESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVESCIENTO DOCE PESOS $ 1.746.912 por concepto de: prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el centro de salud VILLA JAVIER de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de 01 al 31 de MARZO de 2024 de conformidad con loestablecido en el contrato de prestación de servicios No 3774 - 2024.



MIRYAM NOMESQUE HUERFANO

C.C 52767262 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24107494425

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-03-11, 11:36:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1061339125

Periodo Cotización: febrero de 2024 **Periodo Servicio:** febrero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810207984

PAGADO 11/03/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIRYAM NOMESQUE HUERFANO		
Documento	CC52767262	**Dirección**	CALLE 34 A BIS N 88 C 04
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112706350
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 52767262	MIRYAM NOMESQUE HUERFANO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO 2024 MIRIAN NOMESQUE.pdf	FEBRERO 2024 MIRIAN NOMESQUE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados