| 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: | C. EXT ENFERMERIA PYD USS VILLA JAVIER | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA35A38 | 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 | 2242 | FECHA | 2024-10-31 16:34:27.000 | NÚMERO DE CRP | 66544 | FECHA | 2024-10-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-10-01 | | 2024-10-31 | | |
| 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: | $15,722,208 |
| VALOR EJECUTADO | $15,722,208 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,746,912 |
| 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 $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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1066668782 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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. | Registrar en dinamica los seguimienros realizados a los usuarios |
| " 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. | Estar pendiente de las agendas de los prfesionales encargados del programa de cronicos |
| "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. | Agendamiento de cita segun ciclo de vida de cada usuario |
| "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 | Se realiza taller mensual en la unidad |
| "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 | Se elabora ageda mensual para porgramacion de citas de cronicos |
| "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 | Prestar una atencion con calidad y humanizacion |
| ". 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 | se realiza demanda inducida para citologia con un total de 3 usuarias y efectivas luz marina campo, y vacunacion se enviaorn 2 y fueron efectivos nubia gallego, carlos julio jabonero |

Copia Controlada Subred Suroccidente

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-10-10, 01:37:14 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066668782

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

## PAGADO 10/10/2024

### 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

*blank*

○ 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

*blank*

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | FEBRERO 2024 MIRIAN NOMESQUE.pdf | FEBRERO 2024 MIRIAN NOMESQUE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | MARZO 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | ABRIL 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | MAYO 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | JUNIO 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | JULIO 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | MIRYAN NOMESQUE AGOSTO 2024.pdf (Archivado) | MIRYAN NOMESQUE AGOSTO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO MIRYANNO MESQUE.pdf | AGOSTO MIRYANNO MESQUE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | SEPTIEMBRE 2024 MIRYAN NOMESQUE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

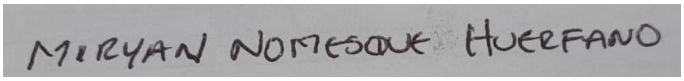
**NIT: 900.959.048-4**

**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 de OCTUBRE al 31 de OCTUBRE de 2024 de conformidad con lo establecido 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**