

					Versión		3						
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					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		164		FECHA		2025-01-20 17:27:32.000		NÚMERO DE CRP		7371		FECHA 2025-01-20 18:10:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:				AUXILIAR DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL			
						2025-01-01							
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:								\$23,198,240					
VALOR EJECUTADO								\$23,198,240					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1,746,912					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$0					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%					
El intervisor 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	
1068728523		\$908,526		\$113,566		\$145,364		3		\$22,132		\$281,062	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. 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													

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
"1) Conocer y realizar a cabalidad las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, conforme a las Normas técnicas, guías, 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 pogramacion 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 sevrccio
"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 realizado
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 control"	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

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

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	P	TAE	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 52767262	MIRYAM NOMESQUE HUERFANO	59	00															0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPS017) FAMILANAR 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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

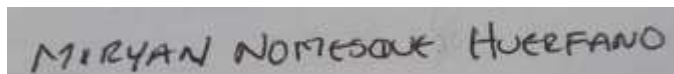
NIT: 900.959.048-4

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 ENERO al 31 de ENERO de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3774 - 2024.

A rectangular box containing a handwritten signature in dark ink. The signature reads "MIRYAM NOMESQUE HUERFANO" in all capital letters.

MIRYAM NOMESQUE HUERFANO

C.C 52767262 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24107494425