

					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:				YULY PAOLA GÜIZA JAIME									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C		X		C.E		No.		1030631300	
CORREO ELECTRONICO:				YULY.GJ@HOTMAIL.COM				CELULAR:		3045609764			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUBRED					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ATENCION DE PARTO BAJO Y ALTO RIESGO OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:		SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo		%									
		KE10D05		100									
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				570116004				PENSIONADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO				2890				VIGENCIA		2024			
NÚMERO DE CDP		164		FECHA		2025-01-20 17:27:32.000		NÚMERO DE CRP		5879		FECHA 2025-01-20 18:10:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:				PROFESIONAL EN ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL			
						2025-01-01							
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$3,569,940							
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:								\$44,267,256					
VALOR EJECUTADO								\$43,553,268					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3,569,940					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$713,988					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								98%					
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	
1068440807		\$1,523,174		\$190,397		\$243,708		3		\$37,105		\$471,209	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.													
DIANA RODRIGUEZ 52262971 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. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar. -2. Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería. -3. Realizar procedimientos especiales - 4.Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el médico tratante. Usuario -5.Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio. -6.Preparar y administrar, mezclas, diluciones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas. -7.Revisar Historias Clínicas, actualizar Kárdex, tarjetas de droga, S/normas Institucionales. -8.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. 9. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades -10. 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. -11. 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. 12. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2- Revisar Historia Clínica, Actualizar, Kardex y Tarjeta de medicamentos, Registra plan de cuidado 3-Supervisar y firmar las notas de enfermería al personal a cargo	1-Anecdotario 2-Historias Clínicas Revisadas. 3-Registro de enfermería con firma
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 14. Cotejar las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo. -15.Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente. -16.Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. - 17.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. -18.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.	1-Realizar los procedimientos de enfermería asignados al profesional 2- Realizar dos auditorías mensuales de registros de enfermería	1-Bitacora 2-Lista medicion de adherencia
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 19. Recibir y entregar turno, obteniendo y dando la información detallada sobre la actividad desarrollada con cada uno de los pacientes.	1-Realizar recibo y entrega de turno según procedimiento institucional 2-Realizar asignaciones del recurso humano que se tiene a cargo	1-Libro de recibo y entrega de turno 2- Formato de asignacion de actividades
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 20. Atender las necesidades del equipo de trabajo. - 21.Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo. -22.Explicar procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/o familia. -23.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.- 24. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-25. 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.	1-Verificar la realizacion del protocolo de bienvenida a los pacientes a cargo	1-Lista de verificacion
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 26. Aplicar los principios de técnica aséptica.- 27. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales. -28. 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 su 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.	1-Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad	1-Asignacion de desinfeccion 2- Verificacion terminal fin de semana diario
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.	1-Supervisa diligenciamiento de registro de inventarios del servicio, custodia historias clínicas de los pacientes a curso	1-Libro de inventario firmado por el profesional
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.	1-Asistir a las capacitaciones programadas por la institucion en el servicio	por la institucion en el servicio 1-Formato de capacitacion

DIANA RODRIGUEZ
52262971
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 SUROCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

YULY PAOLA GÜIZA JAIME

CC: 1030631300

La suma de tres millones quinientos sesenta y nueve mil novecientos cuarenta pesos (3.569.940) por concepto de prestación de servicios como profesional de enfermería en el área de sala de partos de la unidad de Kennedy, durante el periodo de 01 al 31 de enero 2025 de conformidad en lo establecido en el contrato de prestación de servicios no. 2890-2024.

A handwritten signature in black ink that reads "Yuly Paola Güiza Jaime". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

YULY PAOLA GÜIZA JAIME

CC: 1030631300

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO: 000570116004

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024 YULY GUIZA.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024 YULY GUIZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO MARZO 2024 YULY GUIZA.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2024 YULY GUIZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 YULY GUIZA.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 YULY GUIZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO MAYO 2024 YULY GUIZA.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 2024 YULY GUIZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 YULY GUIZA.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 YULY GUIZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO JULIO 2024 YULY GUIZA	ilovepdf_merged (2).pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024 YULY GUIZA.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024 YULY GUIZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024 YULY GUIZA.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024 YULY GUIZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024 YULY GUIZA.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024 YULY GUIZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024 YULY GUIZA.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024 YULY GUIZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024 YULY GUIZA.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024 YULY GUIZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Cancelar](#)

[<](#) Evaluación de la Entidad Estatal [>](#)

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1030631300	GUIZA	JAIME	YULY	PAOLA	2024-12	EPS FAMISANAR	COTIZANTE
CC	1030631300	GUIZA	JAIME	YULY	PAOLA	2014-10	EPS FAMISANAR	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS FAMISANAR	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS FAMISANAR	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización

9:57

95



Las respuestas se han enviado correctamente.

Algo importante que puede hacer a continuación

[Guardar mi respuesta](#)

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!

Registro de eventos

Invite a personas, recopile RSVP y personalice detalles para que coincidan con el tema de la fiesta.

[Comenzar ahora](#)

Comenzar ahora →



forms.office.com



9:57

95



ASISTENCIA ENCUENTRO DE APRENDIZAJE CONTINUO DE ENFERMERIA DICIEMBRE 2024

* Obligatorio

1. NOMBRE COMPLETO *

YULY PAOLA GUIZA JAIME

2. CEDULA *

Escriba su respuesta

3. DIRECCION *

☒ HOSPITALARIO

☐ URGENCIAS

☐ COMPLEMENTARIOS



forms.office.com





PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-01-03, 11:23:05 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1068440807
Período Cotización 202412 Período Servicio 202412
Cliente:

PAGADA 2025-01-03 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YULY PAOLA GUIZA JAIME				
Documento	CC 1030631300		Dirección	CLL 48 A 80 38 SUR	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	3505260397	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1030631300		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00				GUIZA JAIME YULY PAOLA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novidades														Aportes	Tipo salario	Salario	Pensión					Salud					Riesgos					Caja			Parafiscales							
INQ	RET	TUE	TUE	TUE	TUE	TUE	TUE	TUE	TUE	TUE	TUE	TUE	TUE				Código APP	Código Trasl. APP	Tarifa APP	IBC	Total Aporte APP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																			10 %	\$ 1.523.174	\$ 243.800	\$ 0	\$ 0	DP5617		12,5 %	\$ 1.523.174	\$ 190.400	\$ 0	14-11	3	2,436 %	\$ 1.523.174	\$ 37.200	NN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	2 %	\$ 0	2 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 243.800	\$ 0	\$ 0	\$ 190.400	\$ 37.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	