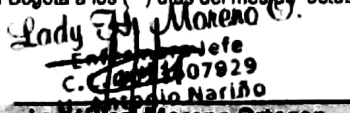


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				Myriam Elsa Castiblanco Martínez											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	x	C.E.	NO.		39637612						
CORREO ELECTRONICO:				melsa_1963@yahoo.es				CELULAR:		3142894810					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KE10							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				CONSULTA EXTERNA				SEDE:		KENNEDY					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		A32	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				colpatría				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				4762023052				PENSIONADO		NO					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4834/2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				4 de 4			
NÚMERO DE CDP		1598	FECHA	28/09/18	NÚMERO DE CRP		43252	FECHA		30/09/18					
OBJETO DEL CONTRATO:				Auxiliar de enfermería											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					1	10	2018		31	10	2018				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$1.416.018							
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				No aplica					
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:								\$5.805.674							
VALOR EJECUTADO								\$5.805.674							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.416.018							
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 <u>mínimo</u> 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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
4243163078	\$781.242	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800									
Dado en Bogotá a los () días del mes de octubre del año Dos Mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.															
Cordialmente,															
 Lady Alicia Moreno Ortigon NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 Myriam Elsa Castiblanco Martinez NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA							

**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Versión: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003

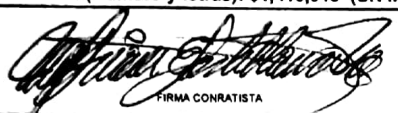
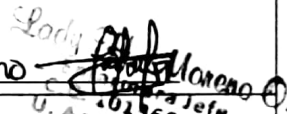


Ubicación del Servicio:		Consulta Externa		Sede: USS KENNEDY								
No. DE CONTRATO:		4834/2018		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Myriam Elsa Castiblanco Martínez		C. C.		39.637.612		DE		Bogotá		
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Auxiliar de enfermería de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente												
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐												
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS						PRODUCTOS ENTREGADOS				
ACTIVIDADES		Porta los elementos básicos para el desarrollo de las actividades. Prepara oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento. Ejecutar con criterio actividades según tratamiento médico y de enfermería planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente. Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada. Arregla la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. Traslado y atención al paciente según eventualidad. Realiza 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. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.										
REGISTROS		Efectuar oportuna y claramente, registro de todos los cuidados de enfermería. Registrar en notas de enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas. Llenar a cabalidad los formatos de las historias clínicas, escribiendo las notas de enfermería su nombre claro y mantenimiento identificadas las historias clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de las historias clínicas de la institución. Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo cuidado a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción ocultamiento o utilización indebida.										
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO		Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes.						Libro de Recibido y Entrega de Turno con Asignación Diaria				
RELACIONES INTERPERSONALES		Atender las necesidades del equipo de trabajo. Explicar procedimientos del paciente y/o a la familia. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de la 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. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas que tenga relación por razón de su cargo. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicios de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o las autoridades, pertinentes.						Bitácora y/o lista de Verificación				
EPIDEMIOLOGIA Y BIOSEGURIDAD		Aplicar los principios de técnica aséptica. Aplica las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos. 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 actividad a realizar en la institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional institucional y los planes de evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.						- Bitácora y/o lista de Verificación Aseo y Desinfección				

MANEJO DE INVENTARIO	Vigilar e informar faltantes de inventario. Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución y elementos del hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. portar carnet institucional durante la prestación de servicio según el parámetro de la institución. Salvaguardar los bienes que entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando formatos establecidos para esta función. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslado reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo. Utilizar bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservado en forma exclusiva para los fines que correspondan.	Anectotario Lista de verificación de Inventario
CAPACITACIÓN	Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. Participar en los diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización.	Formato de Asistencia de Capacitación
ACTIVIDADES	Participar activamente en capacitaciones que le sean asignadas y de seguridad de paciente e involucrar el servicio en ella y los especialistas programados en el servicio.	Formato Capacitación y actividades lúdicas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1,416,018 (UN MILLON CUATRO CIENTOS DIEZ Y SEIS MIL CERO DIEZ Y OCHO PESOS MCT)

 FIRMA CONTRATISTA	Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <u>Ledy A. Moreno</u>  Ledy A. Moreno Jefe U. Antonio Nariño
---	---

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

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas, por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos.

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS**INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO**
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

DATOS EN RESOLUCION 2309						
FECHA	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
2010-01-01	2010-01-01	2010-01-01	2010-01-01	2010-01-01	2010-01-01	2010-01-01

No records to display.

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

DATES IN RESOLUTION 2280						
DATE	TIME	PRIME	SECOND	THIRD	FOURTH	FIFTH
DATE	TIME	APPROX.	APPROX.	NUMBER	COMBINATION	NUMBER
No records to display.						

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

DATOS EN RESOLUCION 4023								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION
CC	39637612	CASTIBLANCO	MARTINEZ	MYRIAM	ELSA	2017-01	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	39637612	CASTIBLANCO	MARTINEZ	MYRIAM	ELSA	2018-08	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS					
PER. DE	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO DE PERÍODO	NÚMERO
COMPENSAR E.P.S.	08/2018	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2018	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2018	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2018	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	31/08/2017	27	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2017	31/08/2017	28	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2017	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2017	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2017	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	01/2017	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	12/2016	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	11/2016	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	10/2016	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	09/2016	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	08/2016	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	07/2016	31/08/2017	29	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	06/2016	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	05/2016	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	04/2016	31/08/2017	24	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	12/2015	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	11/2015	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	10/2015	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	09/2015	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	08/2015	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	07/2015	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023
CAFESALUD E.P.S.	06/2015	31/08/2017	30	COTIZANTE	4023

Slack
U. Antonio Nariño

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.13.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogotá

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8637156924

Cajero:

DV: 712773

NJMERCHAN

10263 FILA RECAUDO

Fecha:

PS Rec'd at: 010237 KENNEDY HOSPITAL ::
 Confidential

Cantidad cupones:

Identification:

Nombre: _____

Nombre: 39637612
 Apellido 1: MIRYAM
 Apellido 2: ELISA
 TIPO DOCUMENTO: CISTIBLANCO MARIYAM ELISA
 TELEFONO: C.DULA DE CIUDAD ODAVA
 Codigo Pienilla: 314 699 8810
 Período Pago: 423 699 8810
 Valor Comisión: 2018/09
 Valor Iva Comisión: 0
 Retención: 0
 39637612
 Valor recibido: \$244.300.00

8897

TELEFONO: _____

Per 1999 Penills:

Major Commission

Reference:

39637612

Valor red

Orde de Lago:

Police said:

Conserva este recibo

Con la solicitud reclamación.

servicio, entendiéndose que manifiesta verbalmente su aceptación de mi parte, de la prestación de este

El documento de "autodeterminación" para el
voluntariamente de los datos personales que
de... Este... he entregado a...

unice y exc

6518101 clients: (1)

www.effecty.com.cn

Scanned by CamScanner



LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) MYRIAM ELSA CASTIBLANCO MARTINEZ identificado(a) con cedula ciudadanía 39.637.612, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170803	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Octubre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED SUROCCIDENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10275961

CER-AFI



