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	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIZETH JOHANNA ESPEJO PIÑEROS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012442626							
CORREO ELECTRONICO:	lizeth_9719@hotmail.com				CELULAR:	3212437331							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS LAURELES				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA30A38	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488405269421								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	386-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			02 de 03				
NÚMERO DE CDP	201	FECHA	10-02-21	NUMERO CRP	16213	FECHA	18-02-21				
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	08-01-21	NUMERO CRP	11473	FECHA	31-01-21				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo al requerimiento institucional										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2021		31	3	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.968.188										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES: NINGUNA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.904.564
VALOR EJECUTADO	$5.936.376
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.968.188
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.968.188
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 $2.271.315 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
48992385	$1.187.275,00	$148.500	$190.000	3	$29.000	**$367.500**

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de MARZO del año DOS MIl VEINTE Y UNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

Alva Edith López

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Lizeth J. Espejo Piñeros

LIZETH JOHANNA ESPEJO PIÑEROS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

13. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	SI	Aplico lineamientos, normas, guias y protocolos que garanticen la adecuada prestacion del servicio	Historia clinica
14. Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio.	SI	Reporto oportunamente las anomalias en la prestacion del servicio	Aplicativo INAF, INAT
15. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales	SI	Presento informes periódicos sobre el desarrollo de mis actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contraactuales	informes mensuales
16. Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su cargo	SI	Participo en la actualizacion de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo.	actas reuniones, firmada en cada actividad
17. Conocer y aplicar las normas de Bioseguridad, Plan de Gestión Ambiental y manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades propias del objeto contractual	SI	Conozco y aplico las normas de bioseguridad, plan de gestacion ambiental y manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecucion de las actividades propias del objeto contraactual	practicas seguras, politica de seguridad del usuaria, politica ambiental, clasificacion de residuos
18. Asistir y Participar activamente en los procesos de actualización y fortalecimiento de competencia y a reuniones a que haya lugar, relacionadas con las actividades o proyectos que ejecute.	SI	Asisto y participo activamente en los procesos de actualizacion y fortalecimiento de competencias y a reunioes a que haya lugar, relacionadas con las actividades o proyectos que se ejecuten	firma acta de cada actividad realizada : COVE PAI, ULC, UAT, RED MATERNO -PERINATAL, ETC
19. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	si	Realizo el ejercicio de autocontrol, autorregulacion y autogestion en las actividades desarrolladas, formulo y ejecuto las acciones preventivas y/o correctivas y/o pñan de mejoramiento a que haya lugar.	Planes de mejoramiento
20. Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales	si	Asisto y colaboro con el equipo medico en la realizacion de procedimientos asistencciales.	Historia clinica.-
21. Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física, psicológica o clínica que comprometa la salud del paciente	SI	Informo oportunamente al equipo médico cualquier alteracion ya sea fisica, psicologica o clinica que comprometa la salud del paciente	Historia clinica
22. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada	SI	Realizo las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contraactuales y/o de planes y/o proyectos formulados	Informes mensuales. Informe de Productividad,
23. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad	SI	Promuevo el cuidado y custodia del patrimonio institucional y respondo por los elementos bajo mi responsabilidad	Inventario de entrega de elementos, firma diaria
24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	SI	Garantizo la custodia de la informacion y la gestion documental de los soportes que se generan durante mis actividades realizadas,	Historia clinica, cadena de custodia, Libro de entrega de Historias clinicas.
25. Revisar y notificar al lider el estado de las agendas de programación de servicio	SI	Reviso y notifico al lider el estado de las agendas de programacion de servicios	Revision agendas, Agenda completa en su totalidad
26. CUANDO EL PROFESIONAL ESTE ASIGNADO AL ÁREA DE URGENCIAS: Además de las anteriores, realizar las actividades propias del servicio de urgencias: consulta de urgencias, observación, hospitalización, atención de preparto, parto y postparto cuando las necesidades del servicio así lo requieran.	N/A	NO APLICA	NO APLICA
27. Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato	SI	Cumplo con las demas actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato	registros historias clinicas, informes, notificaciones

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR ($2,968,188,- DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO)

Lizeth J. Espejo Piñeros

LIZETH JOHANNA ESPEJO PIÑEROS C.C. 1012442626

Alba Edith Lopez

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR :

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012442626	LIZETH JOHANNA ESPEJO PIÑEROS	TV 80 D 65I 32 SUR	3212437331	LIZETH_9719@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	05/03/2021	48992365	$367.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	148.500	0		0		0	0	0	0	148.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	190.000	0	0	0	0	0	0		190.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	29.000				29.000	0	0	29.000			290	29.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	148.500	148.500
Pensión	1	190.000	190.000
Riesgos Laborales	1	29.000	29.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	367.500	367.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LIZETH JOHANNA ESPEJO PIÑEROS

C.C 1012442626 DE BOGOTA

La suma de Dos millones Novecientos Sesenta y Ocho mil Ciento Ochenta y Ocho, por concepto de: Prestacion de servicios como professional de enfermeria en la unidad Estacion-piamonte durante el periodo de 1 al 31 de Marzo del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 386-2021

Lizeth J. Espejo Piñeros

Lizeth Johanna Espejo Piñeros

C.C.1012442626 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488405269421

Escaneado con CamScanner