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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELOISA MESA ESPINOSA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51879126							
CORREO ELECTRONICO:	eloisamesaespinosa@yahoo.com.co				CELULAR:	3165304237							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Tintal												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Urgencias				SEDE:	Tintal							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11I05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	450270084525								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2080-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 de 3			
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	12561	FECHA	31/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2021		30	4	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.250.812									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							

OBSERVACIONES: 180 HORAS MES MAS 3 HORAS UAT

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.912.312
VALOR EJECUTADO	$9.343.859
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.250.812
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$568.453
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8612515158	$1.321.642,00	165.205	$211.463	3	$32.195	**$408.863**

Dado en Bogotá a los días del mes de ABRIL del año (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Aura Alejandra Murcia Perez

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Eloisa Mesa
Enfermera Jefe
H.O.S.E.S.

ELOISA MESA ESPINOSA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Secretaría Distrital de Salud
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SEGUNDO PISO		Sede:	TINTAL					
No. DE CONTRATO:	2080-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	4	2021		30	4	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELOISA MESA ESPINOSA		C. C.	51.879.126			De	BOGOTA	

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 **PROFESIONAL DE ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI _X_ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar la realizacion de actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 4. Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido 5. Participar en la programacion de actividades del área 6. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	96%	1. Apoyo la realizacion de actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. 2. Cumplio con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3. Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones,mantengo actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 4. Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido 5. Participo en la programacion de actividades del área 6. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Diligenciamiento de libro de registro de pacientes que ingresan a triage fecha, hora, documento, nombre, edad , tipo de paciente, clasificacion, conducta y tipo de triage. Participo en capacitacion programada por la subred. Leo los documentos enviados para aplicar conceptos en triage. Entrego turno dejando registro de lo pendiente en el sistema.
7. Notificar las fallas de calidad que se se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio 8. Impartir instrucciones al personal a cargo 9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 10. Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio 11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion 12. Informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atención.	95%	7. Notifico las fallas de calidad que se se presentan en el servicio, participo en los análisis para implementar las acciones de mejora definidas para el servicio 8. Imparto instrucciones al personal a cargo 9. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 10. Realizo los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio 11. Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere mi participacion 12. Informo al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atención.	Ccomunicación por escrito si es requerido para evidenciar fallas en la calidad en la prestacion del servicio. Instrucción a estudiantes de ECCI de enfermeria. Seguimiento y control en sala de espera del servicio de urgencias. Dialogo permanente con la familia para dar indicaciones, recomendaciones, signos de alarma y educacion en general para el cuidado del paciente pediatrico.
13. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. 14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligarorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento 16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato 17. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 18. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementación de los mismos.	90%	13. Promovio acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. 14. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligarorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 15. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento 16. Respondio por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato 17. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 18. Conocio y dio cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementación de los mismos.	Manejo permanente del paciente y familia bajo el concepto de hospitalidad y humaniz<acion, con los principios y valores de la subred. Participacion en las actividades de capacitacion y reuniones que se programaron.
19. Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos insterinstitucionales y extrainstitucionales. 20. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred 21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 22. Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	98%	19. Apoyo a la subred en las actividades que demando según requerimientos insterinstitucionales y extrainstitucionales. 20. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred 21. Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado. 22. Entrego la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizo las demás actividades que le fueron asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizacion de actividades según directrices del plan estrategico institucional y de la direccion en general.

OBSERVACIONES: 180 HORAS MES MAS 3 HORAS DE UAT

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3,250,812 (TRES MILLONS DOCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOSIENTOS DOCE PESOS M/C)

ELOISA MESA ESPINOSA 51,879,126

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ E

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
ELOISA MESA ESPINOSA
CC 51879126 DE BOGOTA.

La suma de $ 3.250.812 (TRES MILLONES DOSIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS M/C) por concepto de Prestación de Servicios como enfermera en el área de hospitalización de la USS Patio Bonito Tintal durante el periodo de 01 al 30 de ABRIL de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2080 -2021

ELOISA MESA ESPINOSA
CC 51879126 DE BOGOTA.
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 450270084525

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

◉ 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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	2080-02 (1).pdf	2080-02 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Notificacion de Supervisión.pdf	Notificacion de Supervisión.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2080-03.pdf	2080-03.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ELOISA MESA ESPINOSA
IDENTIFICACION:	CC-51879126
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-04-09
FECHA DE PAGO:	2021-04-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-03
PERIODO SALUD:	2021-03
NUMERO PLANILLA:	8612515158
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8661385475
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 187,500	$ 187,500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 240,000	$ 240,000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 36,600	$ 36,600
			Total a pagar	$ 0	$ 464,100	$ 464,100