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. Salud Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIBIA JUDITH LESMES AVILA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	24120856							
CORREO ELECTRONICO:	judithlesmes27@gmail.com				CELULAR:	3507667708							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL.				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10T08	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570116087								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	186 - 2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	08/01/21	NÚMERO DE CRP	10802	FECHA	31/01/21			
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	08/01/21	NÚMERO DE CRP	15391	FECHA	16/02/21			
OBJETO DEL CONTRATO	**prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o aistencial de la dirección administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional5**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	30	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2020		30	4	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.374.338									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.123.014
VALOR EJECUTADO	$4.123.014
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.422.440
VALOR A LIBERAR	0%
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCION	100%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8349604062	$908.526,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes ABRIL del año dos mil veinti uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA RIOS VELANDIA
JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Libia Judith Lesmes A.
LIBIA JUDITH LESMES AVILA
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	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:			**Sede:**						
No. DE CONTRATO:	186-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.021		30	4	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIBIA JUDITH LESMES AVILA		**C. C.**	24.120.856		**DE**	SOMONDOCO		

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 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
. El contratista seobliga para con elcontratante a realizar las siguientes actividades: Especificas 1. Recibir y entregar las actividades objetode su contrato, en el grupo asignado registrando las novedades presentadas y las actividades desarrolldas al 100 %. 2. Realizar lostraslados solicitados en el vehiculo institucional pra el recibo y entrega de las historias clinicas a las diferentes sedes de la unidad de kennedy (tintal, floralia,hospital, paps, depositos de archivo) velando por ejercer el control interno con los registros de las planillas establecidas para tal fin tanto al recibo como a la entrega. 3. Recibir del personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas evoluciones y demás documentos de la historia clinica a traves del RIPS, planillas de control, radicados otros velando por su organizacion, foliado, control y custodia. 4. Entregar al personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas solicitadas para atencionde l paciente o auditorias garantizando el control, custodia a traves de los RIPS o planillas según el procedimiento. 5. Realizar la organización foliado escaneado o digitalizacion y prestamo de las historias clinicas de con egreso o solicitadas para la atención de pacientes o auditoria. 6.Realizar la entrega y recibo de las historias clinicas oportunmente entre el Hospital y el archivo de Gestión a través de las planillas establecidas según el procedimiento institucional. 7. Generar el consecutivo de consulta de RIPS radicados y demás documentos soporte adelantando las actividades relaciaondas con el prestamo de historias y consulta de las mismas en los servicios etablecidos para los servivios y radicados. 8. Garantizar diariamenre la cosulta externa y ambulatoria desarrollando las acciones de este procedimiento elaboracion de carpetas y sticker. 9. Responder por el correcto almacenamiento y manejo de los archivos de historias clinicas , garantizando al 100 % la ubicacion de historias clinicas solicitadas, su archivo y desarchivo con sus documentos soporte de conformidad con la normatividad urgente. 10. Garantizar el 100% la respuesta oportuna a los requerimientos y solicitudes de historias clinicas realizadas por los usuarios . entes de control, oficias y demás partes interesadas de la Unidad o Subred llevando el control sobre la solicitud,radicación y entrega. 11. Gestionar el 100% de la información que se requiere sobre historias clinicas o para el apoyo de área con fines de elboración de informes internos y externos acordes con la ley. 12 Realizar al 100% el escaneo de las historias clinicas garantizando la calidad de las mismas. 13. Mensualmente garantizar las historias clinicas en prestamo han sido devueltas en su totalidad asi como el seguimiento a las solicitadas y no han sido prestadas. 14. Atender con amabilidad las ventanillas,oficinas recibiendo,verificando, y controlando diariamente la documentación historias clinicas documentos soportes según el procedimiento establecidospra archivo. 15. Realizar el inventario documental de las historias clinicas para tranferencia en el formato unico institucional y el inventario documental del archivo de Gestión de las historias clinicas.	100%	archivado de carpetas	758 carpetas
		clasificacion de historias clinicas	551 carpetas
		encarpetado	812 HISTORIAS
		recepcion de historias para archivar	11015
		descargar historias clinicas para auditorias	4658

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ $1.422.440 Un millon cuatrocientos veinti dos cuatro carenta mil pesos m/cte

LIBIA JUDITH LESMES AVILA 24120856 DE SOMONDOCO

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Libia Judith Lesmes Avila

Firma de recibido supervisor:

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

Señor(es): LIBIA JUDITH LESMES AVILA
Nit: CC 24120856
Dirección: CL 18 SUR NO 72 R 16
Teléfono: 3102755809 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	LIBIA JUDITH LESMES AVIL
Tipo y número de identificación	24120856
Número de radicación planilla	8349604062
Fecha de pago	4/9/2021
Número de autorización de pago	12968673
Banco	1023
Valor comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Marzo 2021
Periodo cotización pensión	Marzo 2021
Periodo cotización caja	Marzo 2021
Número de administradoras	3
Total Pagado	$281.200
Total intereses mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$22.200	1
231001	Colfondos	$145.400	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

Libia Judith Lesmes A.

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

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1138 PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	8349604062
NUMERO DE APROBACION	968679
Fecha:	09/04/2021 12:56:28
OV:	376681
NUM. TRANSACCION	1033999625
Valor	$281.200,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512025. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION AQUI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 901221 CARVAJAL BOYACA

Cajero: DUFENOMO

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Libia Judith Lemos A.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LIBIA JUDITH LESMES AVILA

CC 24.120.856 DE SOMONDOCO (BOYACA)

La suma de $1.422.440 por concepto de: Prestación de Servicios como Auxiliar Administrativo en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo de 1 al 30 de abril de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 186 – 2021

Libia Judith Lesmes A.

LIBIA JUDITH LESMES AVILA

CC 24.120.856 DE SOMONDOCO (BOYACA)

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570116087