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:	ELIANA YISSEL JIMENEZ LEGUIZAMON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1031139424							
CORREO ELECTRONICO:	eliyissel@hotmail.com				CELULAR:	3107526283							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CAPS PABLO VI				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA16A10	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	766103816								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**558-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**5 de 5**				
NÚMERO DE CDP	**755**	**FECHA**	**25/05/2021**	**NÚMERO DE CRP**		**30006**	**FECHA**	**31/05/2021**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar apoyo como LIDER ASISTENCIAL en el área de AMBULATORIOS, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institucion.**										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	**6**	**2021**		**30**	**6**	**2021**			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:											
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:	$37.129.680
VALOR EJECUTADO	$5.291.514
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.291.514
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.754.718
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	14%

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 3% IBC**	**NIVEL ARL**	**APORTE ARL**	**TOTAL APORTES**
51264539	$2.116.605	$264.600	$338.700	3	$51.600	**$654.900**

Dado en Bogotá a los(30) días del mes de JUNIO del año Dos Mil VEINTI UNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ELIANA YISSEL JIMENEZ LEGUIZAMON
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	CAPS PABLO VI			**Sede: PABLO VI**							
No. DE CONTRATO:	**558-2021**	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIANA YISSEL JIMENEZ LEGUIZAMON			**C. C.**		1.031.139.424		**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 medico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

	OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1	Practicar las intervenciones y valoraciones médicas. establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada.Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin	si	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS	PROMOCION Y PREVENCION
2	Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud. prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural. necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo yvital de acuerdo con la	si	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA ACTUALIZACION DE GUIAS DE MANEJO	TALLERES DE PROMOCION Y PREVENCION
3	Realizar las actividades propias del servicio de consulta médica asistencial.	si	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA	CHARLAS DE ACTULIZACION MEDICA
4	Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente.	si	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXO 3 EN INTRANET	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXO 3 EN
5	Realizar el ejercicio de autocontrol. autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	si	NOTIFICACIONES SEGÚN PERTINENCIA A SIVIGILA	NOTIFICACIONES SEGÚN PERTINENCIA A SIVIGILA
6	Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades.	si	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA
7	Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados. en el área o servicio asignado	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	TALLERES DE HUMANIZACION
8	Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en	si	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS	PROMOCION Y PREVENCION
9	Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la	si	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA ACTUALIZACION DE GUIAS DE MANEJO	TALLERES DE PROMOCION Y PREVENCION
10	Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	si	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA	CHARLAS DE ACTULIZACION MEDICA
11	Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera. dentro de aplicandola estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente	si	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXO 3 EN INTRANET	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXO 3 EN INTRANET
12	Participar en las accionesde vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población	si	NOTIFICACIONES SEGÚN PERTINENCIA A SIVIGILA	NOTIFICACIONES SEGÚN PERTINENCIA A SIVIGILA
13	Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.	si	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA
14	Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	TALLERES DE HUMANIZACION
15	Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	UAT EN SEDES
16	Aplicar lineamientos. normas. guías y protocolos que garanticen la	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	SEGUIMIENTO DE GUIAS
17	Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio.	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA ULC Y ESPACIOS DE COMUNICACIÓN CON LIDER O AREAS ENCARGADAS	MEDIO DE COMUNICACION
18	Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA ULC Y AUTOCONTROL SEMANAL	AUTOCONTROL Y CALIDAD
19	Participar en la Actualización delos procesos y procedimientos inherentes a sus actividades cuando se requiera	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	PARTICIPACION EN ACTULIZACION DE GUIAS
20	Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar. relacionadas con las actividades o proyectos que ejecute	si	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA	AISTENCIA UAT BIMENSUAL
21	Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	si	ENTREGA OPORTUNA DE HISTORIAS CLINICAS MANUALES Y CLAPS EN ARCHIVO	ENTREGA DE HISTORIAS CLINICAS Y CONSENTIMIENTOS EN ARCHIVO
22	Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	SI	VERIFICACION DE AGENDAS	VERIFICACION DIARIA DE AGENDAS PROGRAMADAS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):: 5.291.514 (CINCO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS CATORCE)

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

ELIANA YISSEL JIMENEZ LEGUIZAMON CC 1031139424

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

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	1031139424	eliana yissel jimenez leguizamon		cr 24b 33 36 sur	8065172	eliyissel@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	
2021-05	2021-05	I	11/06/2021	51264539	$654.900	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	264.600	0		0		0	0	0	0	264.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	338.700	0	0	0	0	0	0		338.700	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	51.600				51.600	0	0	51.600			516	51.600	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	264.600	264.600
Pensión	1	338.700	338.700
Riesgos Laborales	1	51.600	51.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	654.900	654.900

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT 900.959.048-4

DEBE A:

ELIANA YISSEL JIMENEZ LEGUIZAMON

CC: 1031139424 BOGOTA

La suma de 5.291.514, por concepto de: prestación de servicios durante el periodo de 01 al 30 de Junio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 558-2021.

NOMBRE DEL CONTRATISTA

CC: 1031139424 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 799103816