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-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIA ALEJANDRA PIÑEROS BENAVIDES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52890704						
CORREO ELECTRONICO:	lili.ale31@hotmail.com				CELULAR:	3144853643						
eNTIDAD FINANCIERA:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	USS OLARTE				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA31A18	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	27388022936								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**521-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		**4 de 4**	
NÚMERO DE CDP	627	FECHA	29/04/2021	**NÚMERO DE CRP**	28231	**FECHA**	30/04/2021
		FECHA		**NÚMERO DE CRP**		**FECHA**	
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR APOYO COMO PROFESIONAL EN EL AREA DE PSICOLOGIA 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	5	2021		31	5	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,968,188							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%	NO APLICA					

OBSERVACIONES: VALOR HORA: QUINCE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE.(15,958) HORAS MES:186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11,872,752
VALOR EJECUTADO	$11,872,752
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,968,188
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 **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
50075177	1.187.275	$148,500	$190,000	3	$29,000	**$367,500**

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año Dos Mil Ventiuno(2.021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUZ DARY CAMPOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LILIA ALEJANDRA PINEROS BENAVIDES
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:	USS OLARTE						Sede: HOSPITAL PABLO VI			
No. DE CONTRATO:	521-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	5	2,021		31	5	2,021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIA ALEJANDRA PIÑEROS BENAVIDES		C. C.		52,890,704		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo en la gestión como PSICOLOGO 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 institución.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar las actividades diagnosticas y terapéuticas para el manejo de patología establecido dentro del plan integral de su especialidad.	SI	Se realizan procedimientos de psicoterapia familiar e individual de acuerdo a la norma	evolución de historia clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	SI	se respetan derechos de los pacientes de acuerdo a la norma	historia clínica
Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SI	se realizan intervenciones e informes estadisticos de acuerdo a la norma	evolución de historia clínica
Participar en la programación de las actividades del area.	SI	se participa en las actividades del área	acta de participación
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI	se realizan actas y fichas de notificación	actas y fichas de notificación seguimiento
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora	SI	se notifica al área encargada las fallas en el servicio	tiket correspondiente
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	SI	Socializa con el equipo de salud los procedimientos ordenados	historia clínica
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI	se diligencian de manera adecuada los formatos e instrumentos propios de mi actuar según criterio de legalidad oportunidad e integridad	formatos e instrumentos diligenciados
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SI	se diligencian los formaros de consentimiento informado	entrega de consentimiento informado
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SI	se realiza seguimiento a los pacientes que lo requiera	historia clínica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	psicoterapia familiar para brindar herramientas de manejo y atención en casa	evolución de historia clínica
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	se brindan diagnósticos presuntos según patología	evolución de historia clínica
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	SI	se apoyas el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantías	se firman cartas de cumplimiento
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado, participar en las jornadas de capacitacion induccion, equipos de	SI	se elabora informe mensual del desarrollo de actividades	informe mensual
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	SI	se conocen los procedimientos y se da cumplimiento a los mismos	se firman actas de participación
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	SI	se apoyan actividades que demanden de acuerdo a los requerimientos	actas de participación con firma
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SI	se registran actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio	actas de participación con firma
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	SI	supervisión de los contratos para los que sea designado	se verifica en plataforma secop II
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos	FORMATOS DE PAGO
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI	se registran actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio	actas de participación con firma
emitir conceptos medicos que se requieran.	SI	adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	entrega de bata formato se firma
En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato	SI	informar al supervisor del contrato	soporte de caso fortuito
participar activamente a las capacitaciones a las que sea asignado acordes con el cumplimiento del contrato.	SI	se asistirá a las capacitaciones de acuerdo a la programación.	acta de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,968.188 DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS.

LILIA ALEJANDRA PIÑEROS BENAVIDES C.C. 52890704

Fecha : 31/05/2021 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	52890704	LILIA ALEJANDRA PIÑEROS BENAVIDES	CALLE 65 A 78 B 16	7796254	LILI.ALE31@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	07/05/2021	50075177	$391.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.800	0	0	23.800	1

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	1	23.800	23.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	391.300	391.300

PAGADA

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

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	52890704	LILIA ALEJANDRA PIÑEROS BENAVIDES	CALLE 65 A 78 B 16	7796254	LILI.ALE31@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	07/05/2021	50075177	$391,300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52890704	PIÑEROS BENAVIDES LILIA ALEJANDRA	59	0			N																	230301	1.187.275	190.000	0	0	0	0	EPS008	1.187.275	148.500	14-11	1.187.275	3	29.000	CCF24	1.187.275	23.800	0	0	0	0	0

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:

LILIA ALEJANDRA PIÑEROS BENAVIDES

C.C 52.890.704 DE BOGOTA

La suma de 2.968.188, por concepto de: Prestar servicios profesionales en psicología en el área de consulta externa durante el periodo de 01 al 31 de Mayo de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 521-2021

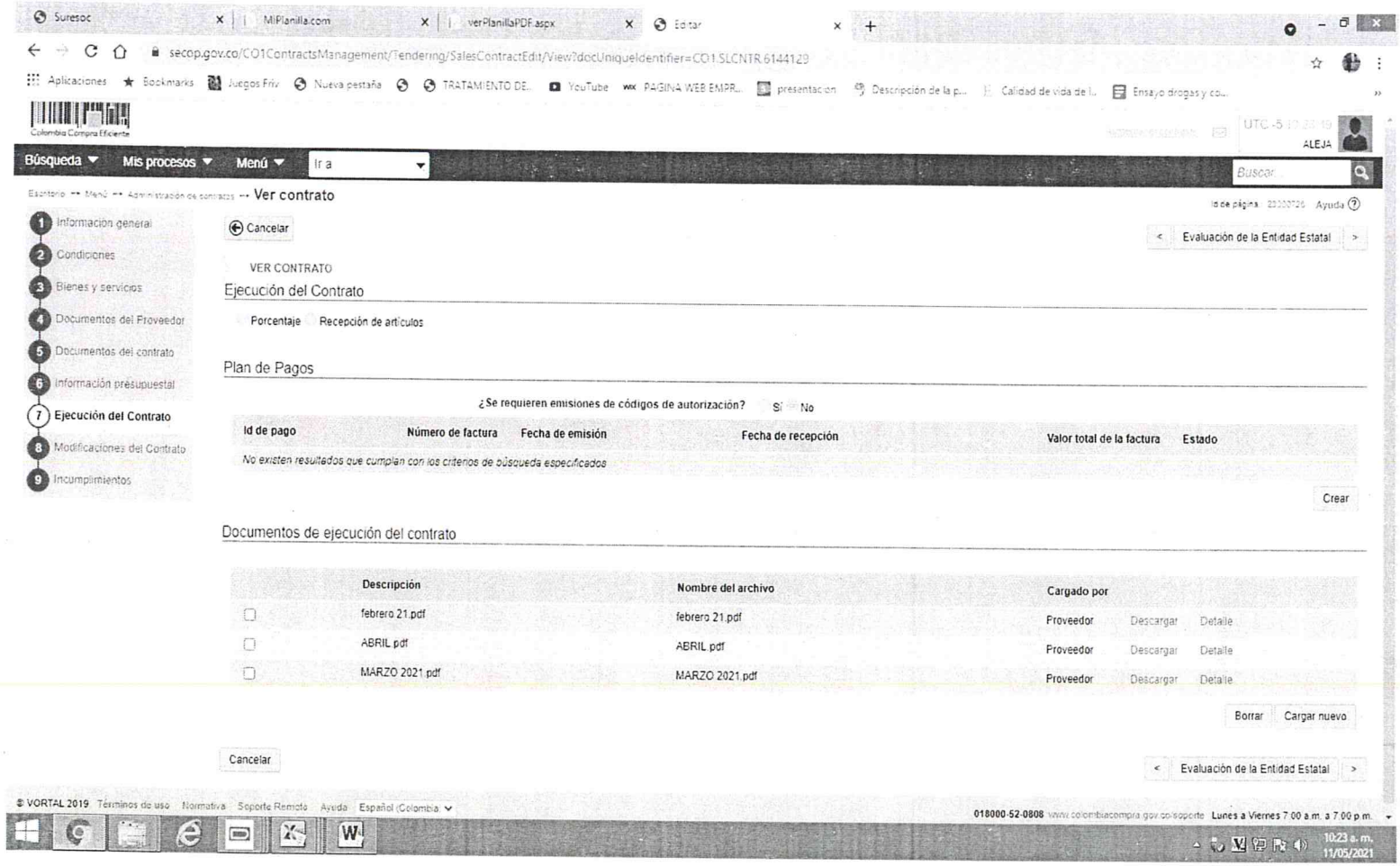


LILIA ALEJANDRA PIÑEROS BENAVIDES

C.C.52.890.704 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBA

NUMERO 27388022936


Suresoc
MiPlanilla.com
verPlanillaPDF.aspx
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6144129
Colombia Compra Eficiente
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
ALEJA
Escritorio ↔ Menú ↔ Administración de contratos ↔ Ver contrato
Id de página: 23333726
Ayuda
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
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? Si 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
febrero 21.pdf
febrero 21.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
ABRIL.pdf
ABRIL.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
MARZO 2021.pdf
MARZO 2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
10:23 a. m.
11/05/2021