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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY ZULANGIE ESPINOSA BOGOYA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1020770174							
CORREO ELECTRONICO:	zolans2@hotmail.com				CELULAR:	3112845809							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED SUROCCIDENTE												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA				SEDE:	SU 44							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A10	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24083028016								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3980-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2				
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	23015	FECHA	30/04/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBREDINTEGRADA 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	5	2018		31	5	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.646.652										
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%									

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:	$8.828.639
VALOR EJECUTADO	$8.828.639
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.646.652
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 $**1.953.105**, 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
8479223566-8479532502	$1.858.660,80	$232.333	$297.386	3	$45.277	**$574.995**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de MAYO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

INGRID CAMACHO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JENNY ZULANGIE ESPINOSA B.
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CONSULTA EXTERNA			**Sede: BOMBEROS**						
No. DE CONTRATO:	3980-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY ZULANGIE ESPINOSA BOGOYA		**C. C.**	1.020.770.174			**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 apoyo medico especialista Medicina interna de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	si	Se realizaron atenciones en los pacientes que asistieron de las agendas programadas	Historia clinica en hosvital
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, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los	si	Se realizaron los registros clinicos de las atenciones realizadas	historias clinicas en hosvital
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6) 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 definidas para el servicio.	si	Reportar eventos de notificacion obligatorio en el periodo certificado	No se presentaron
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en	si	Realizar registros oportunos , legibles e integrales	Historias clinicas en hosvital digitalizadas
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus	si	Asistir a capacitaciones	Induccion general, induccion consulta asistida,induccion en puesto de trabajo,induccion en hosvital
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	si	Realizar plan de tto y ordenes medicas a los pacientes atendidos	planes de tratamiento en los registros clinicos historia clinica en hosvital consulta asistida
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22) Entregar la constancia de afiliación 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.	si	presentar pago de afiliaciones	presenta soportes de pagos

OBSERVACIONES:SE ADJUNTA (2) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Son $ 4,646,652 $ cuatro millones seiscientos cuarenta y seis mil trecientos sesenta pesos mcte

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNY ZULANGIE ESPINOSA BOGOYA CC 1020770174

Fecha : dd/mm/aaaa _____

Firma de recibdo supervisor _____

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

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JENNY ZULANGIE ESPINOSA BOGOYA identificado(a) con CC 1020770174 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: ESPINOSA BOGOYA JENNY ZULANGIE CC 1020770174

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
8479532502	38174361	N	2018-05-15	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30								A									
8479532502	38174361	N	2018-05-15	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30								C	X								
8479532502	38174361	N	2018-05-15	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30								A									
8479532502	38174361	N	2018-05-15	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30								C	X								
8479532502	38174361	N	2018-05-15	ARL	14-28	ARP SURA (ANTES SURATEP)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30								A									
8479532502	38174361	N	2018-05-15	ARL	14-28	ARP SURA (ANTES SURATEP)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30								C	X								
8479223566	32300983	I	2018-05-07	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30																	
8479223566	32300983	I	2018-05-07	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30																	
8479223566	32300983	I	2018-05-07	ARL	14-28	ARP SURA (ANTES SURATEP)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30																	

Este certificado se expide el día 2018-05-16 a las 08:05.