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	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIZABETH PEREZ ORTEGA							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1082838947		
CORREO ELECTRONICO:	sharo85@hotmail.com				CELULAR:	3113575128		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS FONTIBÓN				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO03I06	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	900163171				PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	2929			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	72505	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-11-01		2024-11-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,569,940						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

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:	$41,173,308
VALOR EJECUTADO	$38,674,350
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,569,940
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,498,958
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

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 $2.194,507 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
9477238415	$1,523,174	$190,397	$243,708	3	$37,105	$471,209

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
Supervisor

Copia Certificada Subred Suroccidente

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	1) Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	ORDENES MEDICAS
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	2) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
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 procesos de costos y facturación	3) Llevo 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 procesos de costos y facturación	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
4) Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	4) Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
5) Participar en la programación de las actividades del área.	5) Participo en la programación de las actividades del área.	CUANDO SE REQUIERA
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	6) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
7) 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.	7) Notifico 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.	CUANDO SE REQUIERA
8) Impartir instrucciones al personal a cargo	8) Imparto instrucciones al personal a cargo	PLAN DE ENFERMERIA
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	9) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
10) Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	10) Realizo los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11) Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	12) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
13) Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	13) Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	CUANDO SE REQUIERAvvvvvvvvvvvvv
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	14) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	15) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
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.	16) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	17) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	18) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA
19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	19) Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO SE REQUIERA

Copia Controlada Subred Sur Occidente

20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	20) Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	21) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	22) Entrego a tiempo la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	23) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUANDO LO REQUIERAN

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082838947		PEREZ ORTEGA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 69 A 118B-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5222111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	41582607	9477238415	I	2024/11/14	2024/11/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$471,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,525,000	$244,000			$1,525,000	$190,700			$0	$0			$1,525,000	$37,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,525,000	$244,000			$1,525,000	$190,700			$0	$0			$1,525,000	$37,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,525,000	$244,000			$1,525,000	$190,700			$0	$0			$1,525,000	$37,200		$0	$0
1	CC	1082838947	PEREZ ELIZABETH	230201	30	$1,525,000	$244,000	EPS005	30	$1,525,000	$190,700		0	$0	$0	14-11	30	$1,525,000	$37,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,525,000	$244,000			$1,525,000	$190,700			$0	$0			$1,525,000	$37,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082838947		PEREZ ORTEGA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 69 A 118B-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5222111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	41582607	9477238415	I	2024/11/14	2024/11/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$471,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,000	$0	$0	$244,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$244,000	$0	$0	$244,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,200	$0	$0	$37,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$37,200	$0	$0	$37,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,700	$0	$0	$190,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$190,700	$0	$0	$190,700
TOTAL				1	$471,900	$0	$0	$471,900

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		
☐	02. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	02. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	03. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	03. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	04. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	04. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	05. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	05. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	06. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	06. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	07. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	07. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	08. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	08. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	09. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	09. 2929 - 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. CTO 2791 - 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	10. CTO 2791 - 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELIZABETH PEREZ ORTEGA

C.C 1.082.838.947 DE BOGOTA

La suma de ($**3.569.940.oo**) pesos m/cte, por concepto de: ***Prestar servicios Profesiones a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería como ENFERMERO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional***, durante el periodo de **01 al 30 de Noviembre de 2024**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. **2929 - 2024**.



ELIZABETH PEREZ ORTEGA

C.C 1.082.838.947 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000900163171