DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELIZABETH PINILLA CAMACHO

C.C 53098260 DE BOGOTA

La suma de dos millones ochocientos sesenta y siete mil setecientos cuarenta y ocho $2867748, por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería, 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 1 de julio del 2020 al 31 de julio del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2940 2020

Elizabeth Pinilla C

ELIZABETH PINILLA CAMACHO

C.C. 53098260 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO: 20727846838

Escaneado con CamScanner

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	1
Fecha de aprobación	9/11/2016
Código	15-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIZABETH PINILLA CAMACHO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53098260							
CORREO ELECTRONICO:	darife-23@hotmail.com				CELULAR:	3133330428							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PAPS ESTACION				SISTEMAS DE INFORMACION								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:					SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA29 A 38	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20727846838					PENSIONADO	No						

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2940-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 5 DE 5		
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20-04-20	NÚMERO DE CRP	26351	FECHA	20-05-20		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Enfermeria, 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								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	7	2020		30	7	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,867,748								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15,390,248
VALOR EJECUTADO	$14,215,396
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,867,748
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,174,852
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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 $2,194,508, 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
8608068947	$1,147,099.00	$143,400	$183,600	3	$28,000	**$355,000**

Dado en Bogotá en el mes de julio del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Alba Edith Lopez L

ALBA EDITH LOPEZ LOPEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Elizabeth Pinilla C

ELIZABETH PINILLA CAMACHO

Firma del Contratista

Escaneado con CamScanner

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de actualización: 2020/07/17
Código: SA-GSPS-0003

Ubicación del Servicio:	PAPS ESTACION				Sede: PABLOVI					
No. DE CONTRATO:	2940 - 2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	7	2.020		30	7	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIZABETH PINILLA CAMACHO		C. C.		53.098.260		BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el área de Enfermeria, 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.

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 de enfermeria, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento, de acuerdo a normatividad vigente y guias de atención, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	SI	practico las intervenciones de enfermeria, establezco diagnosticos y prescribo	Historia clinica DINAMICA
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 de acuerdo con la normatividad vigente	SI	Desarrollo y apoyo la ejecucion de actividades de promocion de la salud y prevencion de la enfermedad y vigilancia en salud publica a nivel intramural y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.	Historia clinica DINAMICA, Notificaciones
3. Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa	SI	Realizo las actividades propias de consulta externa.	Manual de funciones
4. Elaborar las historias clinicas completas de acuerdo con la normatividad vigente	SI	Elaboro las historias clinicas de cuerdo a la normatividad vigente	Historia clinica DINAMICA
5. 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 salud.	N/A	REPORTE EN HISTORIAS CLINICAS	DINAMICA
6. 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	Participo en la elaboracion y actualizacion del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de las Empresas sociales del estado	DINAMICA
7. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	SI	Evaluo junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	Lista de chequeo, Auditoria de Historia clinica
8. Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente	SI	Realizo la referencia , cuando se requiere, dentro de las estrategias de redes de servicios de salud de acuerdo a normatividad vigente.	Historias clinicas, Referencia
9. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.	SI	Identifico necesidades y participo en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad	Notificaciones
10. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud y generar articulación de actividades con el grupo de colaboradores del área, garantizando integralidad en la prestación del servicio.	SI	Propicio las relaciones de coordinacion necesarias para lograr una eficaz prestacion de los servicios de salud y genero articulación de actividades con el grupo de colaboradores del área, garantizando la integralidad en la prestacion del servicio	actas reuniones
11. Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que	N/A	Participo en el análisis de la informacion y demanda de servicios de salud del área de influencia , proponiendo	Acta ULC
12. Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para su actividad.	SI	Participo en la elaboracion y dilingenciamiento de manera clara, completa y oportuna de los instrumentos que me sean encomendados para mi actividad	Historia clinica
13. Aplicar lineamientos, normas, guias y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	SI	Aplico lineamientos, normas, guias y protocolos que garanticen la adecuada prestacion del servicio	Historia clinica
14. Reportar oportunamente las anomalias de la prestación del servicio.	SI	Reporto oportunamente las anomalias en la prestacion del servicio	Aplicativo INAF, INAT
15. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales	SI	Presento informes periòdicos sobre el desarrollo de mis actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contraactuales	Informes mensuales
16. Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su cargo	SI	Participo en la actualizacion de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo.	actas reuniones, firmada en cada actividad
17. Conocer y aplicar las normas de Bioseguridad, Plan de Gestión Ambiental y manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades	SI	Conozco y aplico las normas de bioseguridad, plan de gestacion ambiental y manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecucion de las actividades propias del objeto	practicas seguras, politica de seguridad del usuario, politica ambiental, clasificacion de
18. Asistir y Participar activamente en los procesos de actualización y fortalecimiento de competencia y a reuniones a que haya lugar, relacionadas con las actividades o proyectos que ejecute.	SI	Asisto y participo activamente en los procesos de actualizacion y fortalecimiento de competencias y a reunioes a que haya lugar, relacionadas con las actividades o proyectos que se ejecuten	firma acta de cada actividad realizada : COVE PAI, ULC, UAT, RED MATERNO -PERINATAL, ETC
19. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	si	Realizo el ejercicio de autocontrol, autorregulacion y autogestion en las actividades desarrolladas, formulo y ejecuto las acciones preventivas y/o correctivas y/o pñan de mejoramiento a que haya lugar.	Planes de mejoramiento
20. Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales	si	Asisto y colaboro con el equipo medico en la realizacion de procedimientos asistencciales.	Historia clinica.-
21. Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea fisica, psicológica o clinica que comprometa la salud del paciente	SI	Informo oportunamente al equipo médico cualquier alteracion ya sea fisica, psicologica o clinica que comprometa la salud del paciente	Historia clinica
22. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada	SI	Realizo las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contraactuales y/o de planes y/o proyectos formulados	Informes mensuales, Informe de Productividad,
23. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad	SI	Promuevo el cuidado y custodia del patrimonio institucional y respondo por los elementos bajo mi responsabilidad	Inventario de entrega de elementos, firma diaria

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO (2.867.748)

ELIZABETH PINILLA CAMACHO 53098260 NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA	ALBA EDITH LOPEZ LOPEZ Firma de recibido supervisor

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

Escaneado con CamScanner

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-01-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PAPS ESTACION				Sede: PABLOVI						
		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	7	2,020		31	7	2,020		
No. DE CONTRATO:	2940 2020		C. C.	53,098,260			BOGOTA				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELIZABETH PINILLA CAMACHO										

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/q asistencial en el área de Enfermeria, 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	SI	Garantizo la custodia de la informacion y la gestion documental de los soportes que se generan durante mis actividades realizadas,	Historia clinica, cadena de custodia, Libro de entrega de Historias clinicas.
25. Revisar y notificar al lider el estado de las agendas de programación de servicio	SI	Reviso y notifico al lider el estado de las agendas de programacion de servicios	Revision agendas, Agenda completa en su totalidad
26. CUANDO EL PROFESIONAL ESTE ASIGNADO AL ÁREA DE URGENCIAS: Además de las anteriores, realizar las actividades propias del servicio de urgencias: consulta de urgencias, observación, hospitalización, atención de preparto, parto y postparto cuando las necesidades del servicio así lo requieran.	N/A	NO APLICA	NO APLICA
27. Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato	SI	Cumplo con las demas actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato	registros historias clinicas, informes, notificaciones

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO (2.867.748)

ELIZABETH PINILLA C.
ELIZABETH PINILLA CAMACHO 53098260
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

ALBA EDITH LOPEZ LOPEZ
Firma de recibido supervisor
Alba Edith Lopez

Escaneado con CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ELIZABETH PINILLA
IDENTIFICACION:	CC-53098260
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-07-06
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-07-14
FECHA DE PAGO:	2020-07-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-06
PERIODO SALUD:	2020-06
NUMERO PLANILLA:	8608068947
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8600113853
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.147.099	$ 0	$ 0	$ 0	$ 143.400	$ 143.400
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.147.099	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.600	$ 183.600
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.147.099	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.000	$ 28.000
CCF22	860007336	COLSUBSIDIO	1	$ 1.147.099	$ 0	$ 0	$ 0	$ 23.000	$ 23.000
		Total a pagar		$ 4.588.396	$ 0	$ 0	$ 0	$ 378.000	$ 378.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/08/2020

Escaneado con CamScanner