| 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: | LIZETH JOHANNA ESPEJO PIÑEROS | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012442626 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lizeth_9719@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3212437331 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT ENFERMERIA PYD USS LA ESTACIÓN | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA29A38 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488405269421 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 809 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 248 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 651 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ENFERMERO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-12-01 | | 2025-12-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,682,800 | | | | |
| 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: | $40,510,800 |
| VALOR EJECUTADO | $40,510,800 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,682,800 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 91668780 | $1,473,120 | $184,140 | $235,699 | 3 | $35,885 | $455,724 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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

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 |
|---|---|---|
| Practicar las intervenciones de enfermería, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento, de acuerdo a normatividad vigente y guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos institucionales | practico las intervenciones de enfermeria, establezco diagnosticos y prescribo | Historia clinica DINAMICA |
| 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 | 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 |
| Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa | Realizo las actividades propias de consulta externa. | Manual de funciones |
| Elaborar las historias clínicas completas de acuerdo con la normatividad vigente | | |
| Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado. | Elaboro las historias clinicas de cuerdo a la normatividad vigente | Historia clinica DINAMICA |
| Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad. | 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 |
| Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente | | |
| Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. | Realizo la referencia , cuando se requiere, dentro de las estrategias de redes de servicios de salud de acuerdo a normatividad vigente. | Historias clinicas, Referencia |
| 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. | Propicio las relaciones de coordinacion necesarias para lograr una eficaz prestacion de los servicios de salud y genero articulaciòn de actividades con el grupo de colaboradores del àrea, garantizando la integralidad en la prestacion del servicio | actas reuniones |
| Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para su actividad. | Participo en la elaboracion y dilingenciamiento de manera clara, completa y oportuna de los instrumentos que me sean encomendados para mi actividad | Historia clinica |
| Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio | Aplico lineamientos, normas, guias y protocolos que garanticen la adecuada prestacion del servicio | Historia clinica |
| Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio. | Reporto oportunamente las anomalias en la prestacion del servicio | Aplicativo INAF, INAT |
| Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales | Presento informes periòdicos sobre el desarrollo de mis actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contraactuales | informes mensuales |
| Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su cargo | Participo en la actualizacion de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo. | actas reuniones, firmada en cada actividad |
| 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 propias del objeto contractual | 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 contraactual | practicas seguras, politica de seguridad del usuaria, politica ambiental, clasificacion de residuos |
| 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. | 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 | encuentros de aprendizaje |
| 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. | 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 |
| Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales | Asisto y colaboro con el equipo medico en la realizacion de procedimientos asistencciales. | Historia clinica.- |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física, psicológica o clínica que comprometa la salud del paciente | Informo oportunamente al equipo mèdico cualquier alteracion ya sea fisica, psicologica o clinica que comprometa la salud del paciente | Historia clinica |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada | 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, |
| Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad | Promuevo el cuidado y custodia del patrimonio institucional y respondo por los elementos bajo mi responsabilidad | Inventario de entrega de elementos, firma diaria |
| Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas | 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. |
| Revisar y notificar al lider el estado de las agendas de programación de servicio | Reviso y notifico al lider el estado de las agendas de programacion de servicios | Revision agendas, Agenda completa en su totalidad |
| Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato | Cumplo con las demas actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato | registros historias clinicas, informes, notificaciones |

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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