| 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 | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 31/03/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ELOISA MESA ESPINOSA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 51879126 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | eloisamesaespinosa@yahoo.com.co | | | | CELULAR: | 3165304237 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | Tintal | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | HOSPITALIZACION | | | | SEDE: | Tintal | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE11105 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | Davivienda | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 450270084525 | | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1323-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 9 DE 9 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1380 | FECHA | 25/09/2020 | NÚMERO DE CRP | 40597 | FECHA | 30/09/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL DE ENFERMERIA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 10 | 2020 | | 31 | 10 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.295.296 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | | $0 | | | | | |
| OBSERVACIONES: 192 HORAS mes | | | | | | | | | | |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $31.629.672 |
| #¿NOMBRE? | $30.474.720 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3.295.296 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.154.952 |
| 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 **$2.194,508** 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 18918490 | $2.221.618,00 | 277.702 | $335.459 | 3 | $54.119 | **$637.280** |

Dado en Bogotá a los días del mes de octubre del año (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MARITZA MILENA MEJIA LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ELOISA MESA ESPINOSA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| 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: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| Ubicación del Servicio: | TERCER PISO | | Sede: | TINTAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 1323-2020 | Período certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | 1 | 10 | 2020 | | 31 | 10 | 2020 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ELOISA MESA ESPINOSA | | C. C. | 51.879.126 | | | 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 **PROFESIONAL DE ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Apoyar la realizacion de actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.<br>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 procesos de costos y facturación. 4. Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido 5. Participar en la programacion de actividades del área<br>6. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | 95% | 1. Apoyo la realizacion de actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.<br>2. Cumplio con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes<br>3. Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones,mantengo actualizados los informes estadísticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 4. Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido<br>5. Participo en la programacion de actividades del área<br>6. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Diligenciamiento de libro de registro de pacientes que ingresan a triage fecha, hora, documento, nombre, edad , tipo de paciente, clasificacion, conducta y tipo de triage. Participo en capacitacion programada por la subred. Leo los documentos enviados para aplicar conceptos en triage. Entrego turno dejando registro de lo pendiente en el sistema. |
| 7. Notificar las fallas de calidad que se se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio 8. Impartir instrucciones al personal a cargo 9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 10. Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio<br>11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion 12. Informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atención. | 98% | 7. Notifico las fallas de calidad que se se presentan en el servicio, participo en los análisis para implementar las acciones de mejora definidas para el servicio 8. Imparto instrucciones al personal a cargo 9. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 10. Realizo los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio<br>11. Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere mi participacion 12. Informo al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atención. | Ccomunicación por escrito si es requerido para evidenciar fallas en la calidad en la prestacion del servicio. Instrucción a estudiantes de ECCI de enfermeria. Seguimiento y control en sala de espera del servicio de urgencias. Dialogo permanente con la familia para dar indicaciones, recomendaciones, signos de alarma y educacion en general para el cuidado del paciente pediatrico. |
| 13. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.<br>14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligarorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento 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 17. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.<br>18. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementación de los mismos. | 90% | 13. Promovio acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.<br>14. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligarorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.<br>15. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento 16. Respondio por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato 17. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.<br>18. Conocio y dio cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementación de los mismos. | Manejo permanente del paciente y familia bajo el concepto de hosplitalidad y humaniz<acion, con los principios y valores de la subred. Participacion en las actividades de capacitacion y reuniones que se programaron. |
| 19. Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos insterinstitucionales y extrainstitucionales. 20. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred<br>21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 22. Entregar la constancia de afiliacion 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. | 98% | 19. Apoyo a la subred en las actividades que demando según requerimientos insterinstitucionales y extrainstitucionales. 20. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred<br>21. Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado. 22. Entrego la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente<br>23. Realizo las demás actividades que le fueron asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizacion de actividades según directrices del plan estrategico institucional y de la direccion en general. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.295.296 ( TRES MILLONES DOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M / C )**

ELOISA MESA ESPINOSA 51,879,126

MARITZA MILENA MEJIA LOZANO

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

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL: | ELOISA MESA ESPINOSA |
| IDENTIFICACION: | CC-51879126 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2020-10-08 |
| FECHA DE PAGO: | 2020-10-08 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERIODO PENSION: | 2020-09 |
| PERIODO SALUD: | 2020-09 |
| NUMERO PLANILLA: | 18918490 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 18918490 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 0 | $ 312.500 | $ 312.500 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 0 | $ 400.000 | $ 400.000 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 0 | $ 60.900 | $ 60.900 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 773.400 | $ 773.400 |

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-51879126 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Período pensión:** | 2020-09 | 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | 0 | 400.000 | 0 | 400.000 |
| **Período salud:** | 2020-09 | EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | 0 | 312.500 | 0 | 312.500 |
| **Planilla Nro.:** | 18918490 Tipo I | 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | 0 | 60.900 | 0 | 60.900 |
| **Clase de aportante:** | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Fecha transacción:** | 2020-10-08 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Transacción:** | 765997595 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | **GRAN TOTAL** | | | | | $ 773.400 |

PAGADO

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

**DEBE A:**
**ELOISA MESA ESPINOSA**
**CC 51879126 DE BOGOTA.**

La suma de $ 3.295.296 (TRES MILLONES DOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOCIENTOS NOVENTA Y SEIS pesos M/CTE) por concepto de Prestación de Servicios como enfermera en el área de hospitalización de la USS Patio Bonito Tintal durante el periodo de 01 al 31 de OCTUBRE de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1323 -2020

**ELOISA MESA ESPINOSA**
**CC 51879126 DE BOGOTA.**
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 450270084525

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 1323-02.pdf | 1323-02.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1323-03.pdf | 1323-03.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1323-04.tif | 1323-04.tif | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1323-05.pdf | 1323-05.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO2020.pdf | 1323-06.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1323-07.pdf | 1323-07.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |