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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		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:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PAPS ESTACION				SEDE:		Pablo VI				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA30A38	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			488405269421						PENSIONADO		No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2943-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 DE 10		
NÚMERO DE CDP	1597	FECHA	31-10-20		NÚMERO DE CRP	48198	FECHA	06-11-20		
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	11	2020		30	11	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$2,867,748								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%				NO APLICA				

OBSERVACIONES: NINGUNA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$28,677,480
VALOR EJECUTADO	$28,677,480
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,867,748
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
46200569	$1,147,099.00	$143,400	$183,600	3	$28,000	**$355,000**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de NOVIEMBRE del año DOS MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

Alba Edith Lopez

ALBA EDITH LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Lizeth J. Espejo Piñeros

LIZETH JOHANNA ESPEJO PIÑEROS
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-G2-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS ESTACION									Sede: PABLO VI					
No. DE CONTRATO:	2943-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año						
			1	11	2,020		30	11	2,020						
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIZETH JOHANNA ESPEJO PIÑEROS		C. C.	1,012,442,626			DE	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 enfermería, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento, de acuerdo a normatividad vigente y guías 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 clínicas 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		
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 diagnòstico de salud de la localidad y el àrea de influencia de las Empresas sociales del estado	
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 articulaciòn de actividades con el grupo de colaboradores del àrea, 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 permita proponer alternativas de solución	N/A	Participo en el anàlisis de la informacion y demanda de servicios de salud del àrea de influencia , proponiendo alternativas de solucion	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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012442626	LIZETH JOHANNA ESPEJO PIÑEROS	TV 80 D 65I 32 SUR	3212437331	LIZETH_9719@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-10	2020-10	I	13/11/2020	46200569	TOTAL A PAGAR	
					$355.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	143.400	0		0		0	0	0	0	143.400	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	183.600	0	0	0	0	0	0		183.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	28.000				28.000	0	0	28.000			280	28.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	143.400	143.400
Pensión	1	183.600	183.600
Riesgos Laborales	1	28.000	28.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	355.000	355.000

PAGADA 46200569

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LIZETH JOHANNA ESPEJO PIÑEROS

C.C 1012442626 DE BOGOTA

La suma de Dos millones Ochocientos sesenta y siete mil setecientos cuarenta y ocho, por concepto de: prestacion de servicios como profesional de enfermería en la unidad UPA ESTACION Durante el periodo de 1 al 30 de noviembre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2943-2020

Lizeth J. Espejo Piñeros

Lizeth Johanna Espejo Piñeros

C.C.1012442626 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488405269421

Colombia Compra Eficiente

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

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

Cancelar

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 l
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados				

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado
☐	JUNIO.pdf	JUNIO.pdf	Proveedor
☐	MAYO.pdf	MAYO.pdf	Proveedor
☐	ABRIL.pdf	ABRIL.pdf	Proveedor
☐	MARZO.pdf	MARZO.pdf	Proveedor
☐	FEBRERO.pdf	FEBRERO.pdf	Proveedor
☐	JULIO.pdf	JULIO.pdf	Proveedor
☐	AGOSTO.pdf	AGOSTO.pdf	Proveedor
☐	SEPTIEMBRE.pdf	SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor
	NOVIEMBRE.pdf (Archivado)	NOVIEMBRE.pdf	Proveedor
☐	OCTUBRE.pdf	OCTUBRE.pdf	Proveedor

Lizeth J. Espejo Piñeros.