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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULIANA ANDREA JIMENEZ GUIZA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1022384628							
CORREO ELECTRONICO:	ANDREAJI24@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3108112229							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS PABLO VI												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	USS PABLO VI				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA16I04	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488401 035164								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2131-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12				
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	59438	FECHA	31/12/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	1	2021		31	1	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450										
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%			NO						

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:	$22.976.800
VALOR EJECUTADO	$21.522.100
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.734.450
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.454.700
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 **$2.194.508**, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9414304123	$877,803	$109,725	140500	3	$21,383	**$271.700,000**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de ENERO del año Dos Mil veintiuno (2021) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JULIANA ANDREA JIMENEZ GUIZA

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:	USS PABLO VI			**Sede: PABLO VI**							
No. DE CONTRATO:	2131-2020	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
				1	1	2.021		31	1	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULIANA ANDREA JIMENEZ GUIZA			**C. C.**	1.022.384.628		**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 Auxiliar De Enfemeria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	N/A	NO APLICA	NO APLICA
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SI	PRIVACIDAD DEL PACIENTE	PRIVACIDAD DEL PACIENTE
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	SI	REGISTRO DE ACTIVIDADES ECOGRAFICAS	REGISTRO DE ACTIVIDADES ECOGRAFICAS
4) Participar en la programación de actividades del área.	SI	ACTAS, LIBRO, TRANSCRIPCION DE HISTORIA CLINICA, SEGUIMIENTOS	ACTAS, LIBRO, TRANSCRIPCION DE HISTORIA CLINICA, SEGUIMIENTOS
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI	ENTREGA DE FICHAS DE NOTIFICACION A QUIN CORRESPONDE	ENTREGA DE FICHAS DE NOTIFICACION A QUIN CORRESPONDE
6) 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.	SI	ASISTENCIA A MESA DE IMAGENOLOGIA	ASISTENCIA A MESA DE IMAGENOLOGIA
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	N/A	NO APLICA	NO APLICA
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	ACTAS, LIBRO, TRANSCRIPCION DE HISTORIA CLINICA, SEGUIMIENTOS	ACTAS, LIBRO, TRANSCRIPCION DE HISTORIA CLINICA, SEGUIMIENTOS
9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	N/A	NO APLICA	NO APLICA
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SI	ENTREGA DE PACIENTES A URGENCIAS EN CASO DE SER REQUERIDO	ENTREGA DE PACIENTES A URGENCIAS EN CASO DE SER REQUERIDO
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	REGISTRO DE ACTIVIDADES ECOGRAFICAS	REGISTRO DE ACTIVIDADES ECOGRAFICAS
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	SI	ACTAS, LIBRO, TRANSCRIPCION DE HISTORIA CLINICA, SEGUIMIENTOS	ACTAS, LIBRO, TRANSCRIPCION DE HISTORIA CLINICA, SEGUIMIENTOS
13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	ACTAS	ACTAS
14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	SI	REGISTRO DE ACTIVIDADES ECOGRAFICAS	REGISTRO DE ACTIVIDADES ECOGRAFICAS
15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	SI	ACTAS	ACTAS
16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	ASISTENCIA A MESA DE IMAGENOLOGIA	LISTADOS DE AISTENCIA
17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	ASISTENCIA A CAPACITACIONES ADHERENCIA A PROTOCOLOS Y GUIAS	ACTAS, LIBRO, TRANSCRIPCION DE HISTORIA CLINICA, SEGUIMIENTOS
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	SI	ATENCION AL PACIENTE Y CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DESIGNADAS	ATENCION AL PACIENTE Y CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DESIGNADAS
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SI	REGISTRO DE ACTIVIDADES ECOGRAFICAS	REGISTRO DE ACTIVIDADES ECOGRAFICAS
20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	SI	NO APLICA	NO APLICA
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	SI	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	ENTREGA DE CUENTA DE COBRO	DOCUMENTOS DE PAGO
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO

TOTAL A PAGAR $ 1.734.450 ((UN MILLÓN SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE)

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIANA ANDREA JIMENEZ GUIZA C.C. 1022384628 BOGOTA

Firma de recibido supervisor:

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

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 1022384628		JIMENEZ GUIZA JULIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 62A # 74-93 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	89141752	9414304123	I	2021/01/08	2021/01/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$289,300

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)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: ARL SURA (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	1022384628	JIMENEZ JULIANA	231001	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$109,800	CCF24	30	$877,803	$17,600	14-11	30	$877,803	$21,400	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0

2021/01/13 09:44 AM

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 1022384628		JIMENEZ GUIZA JULIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 62A # 74-93 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	89141752	9414304123	I	2021/01/08	2021/01/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$289,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$289,300	$0	$0	$289,300

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JULIANA ANDREA JIMENEZ GUIZA

C.C 1.022.384.628 DE BOGOTA

La suma de $ 1,734,450 un millón setecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos cincuenta pesos m/cte, por concepto de: prestación de servicios de salud como auxiliar de enfermería con un total de 186 horas durante el periodo de 1 al 31 de ENERO del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2131-2020

Juliana Jimenez

Nombre de contratista

JULIANA ANDREAJIMENEZ GUIZA

C.C.1.022.384.628 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488401035164

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		
	JULIANA JIMENEZ CC 1022384628.pdf (Archivado)	JULIANA JIMENEZ CC 1022384628.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO JULIANA JIMENEZ 1022384628.pdf	CUENTA JUNIO JULIANA JIMENEZ 1022384628.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta a juliana JULIO.pdf	cuenta a juliana JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIANA JIMENEZ SEPTIEMBRE.pdf	JULIANA JIMENEZ SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE.pdf	OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE JULIANA.pdf	NOVIEMBRE JULIANA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICEMBRE CUENTA DE COBRO JULIANA.pdf	DICEMBRE CUENTA DE COBRO JULIANA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >