| 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 | | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | | NO. | 52.170.283 | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | LILIANARAMIREZ509@YAHOO.COM | | | | | CELULAR: | 3194111487 | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PAPS PALESTINA | | | | | SEDE: | PABLO VI | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | PA32A38 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORROS | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24103606891 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 602-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | 4 DE 4 | | | |
| NUMERO CDP | 627 | FECHA | 29/04/2021 | NUMERO DE CRP | | 28300 | FECHA | 30/04/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios Profesionales a la gestión 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 | 5 | 2021 | | 31 | 5 | 2021 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2,968,188 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | | NO | | | | | | |

OBSERVACIONES:

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $11,872,752 |
| VALOR EJECUTADO | $11,872,752 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2,968,188 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1037717584 | $1,187,275 | $148,500 | $190,000 | 3 | $29,000 | **$367,500** |

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

JAVIER VERGARA

**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ

**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| Secretaría de Salud Subred Integrada Sur Occidente — Sur Decide | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Ser** | PAPS PALESTINA | | | | Sede: PABLO VI | | | | | | |
| **No. DE CONTR** | 602-2021 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| **NOMBRE DEL TRATISTA:** | AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ | | 1 | 5 | 2,021 | | 31 | 5 | 2,021 | | |
| | | | C. C. | | $2,170,283 | | DE | | BOGOTA | | |

**OBJETO DE ONTRATO:** Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado decumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ___ Servicios: SI —X

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 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 |
| 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 vigilencia 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 | SI | Identificar el tipo de atencion requerida de acuerdo a las actividades propias de consulta externa | Manual de funciones |
| Elaborar las historias clínicas completas de acuerdo con la normatividad vigente | SI | Elaborar las historias clinicas de formas clara, con los datos correspondientes según paciente teniendo en cuenta la normatividad vigente | Historia clinica |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 | Liderar buenas practicas de comunicación para prestar una buena atencion con calidad en de la articulacion con el equipo de trabajo ( medicos y auxiliares). | Articulacion con equipo de trabajo |
| 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 | SI | Participo en el análisis de la informacion y demanda de servicios de salud del área de influencia , proponiendo alternativas de solucion | Acta ULC |
| 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 diligenciamiento 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 | SI | Aplico lineamientos, normas, guias y protocolos que garanticen la adecuada prestacion del servicio | Atencion consulta externa |
| Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio. | SI | 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 | SI | Realizar informes mediante la gestion realizada por medio de indicadores de productividad | 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 |

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ

C.C 52170283 DE BOGOTÀ

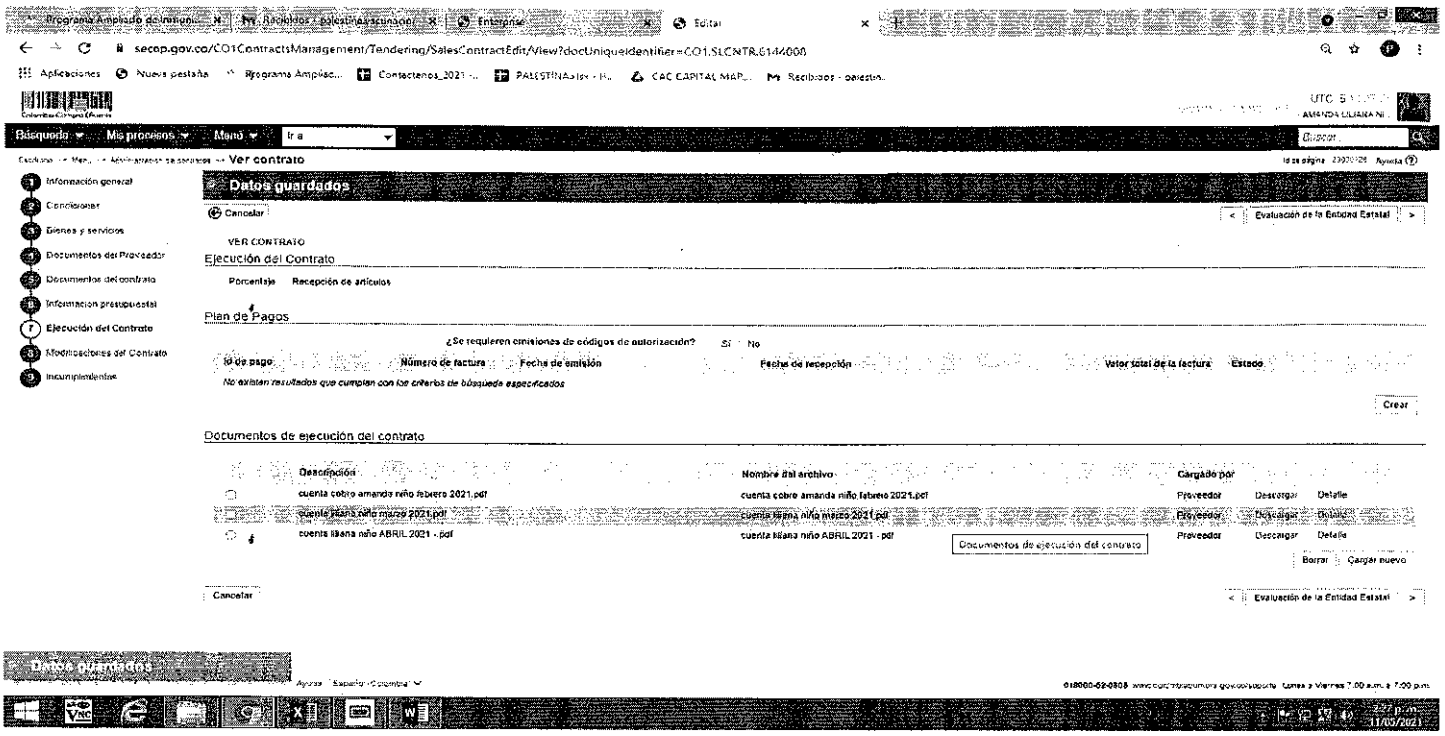
La suma de DOS MILLONES NOVESIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS, $ 2.968.188 por concepto de: prestación de servicios como ENFERMERA JEFE en la unidad de PALESTINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de 01 al 31 de MAYO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 602-2021.

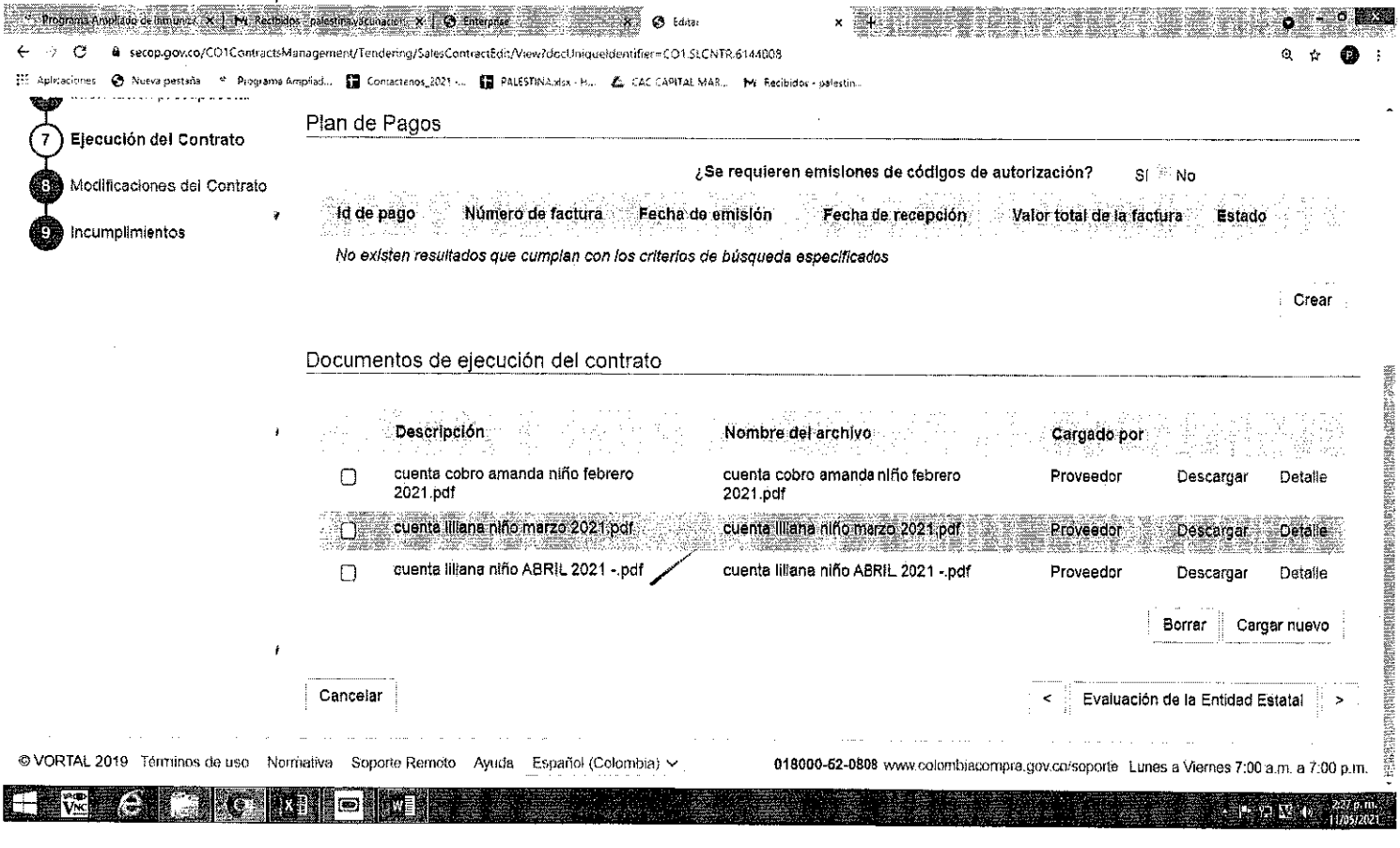
AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ

C.C 52170283 DE BOGOTÀ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24103606891


Ver contrato
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? Si 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
cuenta cobro amanda niño febrero 2021.pdf
cuenta lliana niño marzo 2021.pdf
cuenta lliana niño ABRIL 2021 -.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Documentos de ejecución del contrato
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos


Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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
cuenta cobro amanda niño febrero 2021.pdf
cuenta lliana niño marzo 2021.pdf
cuenta lliana niño ABRIL 2021 -.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-05-11, 09:54:48 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1037717584

**Periodo Cotización:** abril de 2021 **Periodo Servicio:** abril de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8845180190

**PAGADO 11/05/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ | | |
| **Documento** | CC52170283 | **Dirección** | CL 59 SUR #49 B - 22 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3194111487 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| C 52170283 | AMANDA LILIANA NIÑO RAMIREZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.187.275 | $ 190.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.187.275 | $ 148.500 | 2,436 | $ 1.187.275 | $ 29.000 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 367.500 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.187.275 | $ 1.187.275 | $ 1.187.275 | $ 0 | $ 190.000 | $ 148.500 | $ 29.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 367.500 | $ 0 | $ 367.500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!