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:	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018445046						
CORREO ELECTRONICO:	lj.pinedal11@gmail.com				CELULAR:	3134059271						
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	%
	PA29-M06	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62444137351								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	369-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 5 DE 5			
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP	29836	FECHA	2021-05-31			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de rehabilitacion 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	6	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.968.188									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	NA							

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.840.940
VALOR EJECUTADO	$14.840.940
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 **$2,271,315** 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
51113349	$1.187.275,00	$148.409	$189.964	3	$28.922	**$367.295**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de JUNIO del año Dos Mil VEINTI UNO (2021) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Alba Edith López

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LEYDI JOHANA PINEDA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS ESTACION		Sede: PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	369-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES		C. C.		1.018.445.046		DE	BOGOTÁ D.C	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de rehabilitacion 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) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	SI	Valorar integralmente los pacientes remitidos a rehabilitación integral y habilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion	Registro en historia clinica
2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio	SI	Realizar el estudio de caso de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Registro en historia clinica
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	SI	Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	Registro en historia clinica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitacion/ rehabilitación del usuarioambulatorio u hospitalizado	SI	Asistir y participar activamente en los espacios para ctualización y fortalecimiento, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitacion/ rehabilitación del usuarioambulatorio u hospitalizado	Actas, Registro en historia clinica
5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso deabilitación /rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	SI	Informar al paciente y su familia de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Consentimiento informado, Registro en historia clinica
6) Llevar registro de la atención de las 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	Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios del Gimnasio.	informe cumplimiento de objetivos
7) Participar en la programación de las actividades de la Subred.	SI	Asistir y participar activamente en los espacios para ctualización y fortalecimiento de competencias como UAT, ULC, y otras reuniones.	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	REPOSTES EVENTOS, Aplicacion de manual de calidad en la institucion
9) 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	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	REPOSTES EVENTOS, Aplicacion de manual de calidad en la institucion
10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	NO	NO APLICA	NO APLICA
11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI	Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	Registro en historia clinica
12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	SI	Realizar las intervenciones al usuario de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Registro en historia clinica
13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	Informar al paciente y su familia de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Registro en historia clinica
14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	SI	Asistir y participar activamente en los espacios para actualizacion y fortalecimiento, análisis de protocolos	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades	SI	Realizar reporte de eventos pór aplicativo y alider según las necesidades del servicio	REPOSTES Aplicacion de manual de calidad en la institucion
16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área	SI	Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	Registro en historia clinica
17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	SI	Asistir y participar activamente en los espacios para investigacion y fortalecimiento, análisis	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	NO	NO APLICA	NO APLICA
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	SI	Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	Aplicacion de manual de calidad en la institucion
20) 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	Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios del Gimnasio.	informe cumplimiento de objetivos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($2,968,188=) (DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO)

supervisor: Alba Edith Lopez

Firma de recibido

Fecha : dd/mm/aaaa

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

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

C.C 1.018.445.046 DE BOGOTA

La suma DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO M/CTE., por concepto de: Prestar servicios asistenciales como Fisioterapeuta durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **369-2021**

LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

C.C.1.018.445.46 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62444137351

Escaneado con CamScanner

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	1018445046	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES	CLL 6 A N 89 47 TINTALA FASE 6 CS 51	4494803	LJ.PINEDAL11@GMAIL.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	04/06/2021	51113349	$367.500	

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	148.500	0		0		0	0	0	0	148.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	190.000	0	0	0	0	0	0		190.000	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	29.000				29.000	0	0	29.000			290	29.000	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	148.500	148.500
Pensión	1	190.000	190.000
Riesgos Laborales	1	29.000	29.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	367.500	367.500

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner

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	1018445046	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES	CLL 6 A N 89 47 TINTALA FASE 6 CS 51	4494803	LJ.PINEDAL11@GMAIL.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	04/06/2021	51113349	$367.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Estrategia	Extranjero	Cotiz. Exterior	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPENSACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018445046	PINEDA LINARES LEYDI JOHANA	59	0			N																230301	1.167.275	190.000	0	0	0	0	EPS008	1.167.275	146.500	14-11	1.167.275	3	29.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 9:46:23
LEIDY JOHANA PINE...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

LEIDY JOHANA PINEDA LINARES
CAT 0137213

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

8 Jun, 2021(UTC -5) 9:46:23

Ayuda

Salir

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

< Evalua

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		
	ENERO 2021.pdf (Archivado)	ENERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 2021.pdf	FEBRERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2021.pdf	MARZO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 2021.pdf	ABRIL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2021.pdf	MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Escaneado con CamScanner

SEGURIDAD DEL PACIENTE V2: Vista: Usuario

Usuario - LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
SEGURIDAD DEL PACIENTE V2						
POSTEST	33.33 %	10.00	0–10	100.00 %		33.33 %
POSTEST	33.33 %	6.80	0–10	68.00 %		22.67 %
POSTEST	33.33 %	8.67	0–10	86.67 %		28.89 %
Total del curso	-	**25.47**	**0–30**	**84.89 %**		-

Escaneado con CamScanner

RE INDUCCIÓN SUBRED 2021: Vista: Usuario

Usuario - LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

Informe general Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
RE INDUCCIÓN SUBRED 2021						
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	8.33	0–10	83.33 %		8.33 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	6.00	0–10	60.00 %		6.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	8.00	0–10	80.00 %		8.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	9.00	0–10	90.00 %		9.00 %
Ahora a	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %

Escaneado con CamScanner

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	5.50	0–10	55.00 %		5.50 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	8.00	0–10	80.00 %		8.00 %
Total del curso	-	**84.83**	**0–100**	**84.83 %**		-

Escaneado con CamScanner