

 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:			KAREN LISETH LADINO MARTINEZ								
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		1012445260			
CORREO ELECTRONICO:			karenliz0590@gmail.com			CELULAR:		3057080743			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						USS FONTIBON					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			GINECOLOGIA			SEDE:		Fontibon Cami II			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO03I03	100								
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:			Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			488402934068						PENSIONADO		No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2180-2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5			
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP	30681	FECHA	31/05/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
				1	6	2021		30	6	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA			\$9.651							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%						

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. Se realiza 186 horas normales y 66 horas adicionales en el mes de mayo y 180 horas normales y 66 horas adicionales en el mes de junio

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$10.327.290
VALOR EJECUTADO	\$9.959.832
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.374.146
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$367.458
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

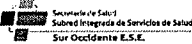
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a 2.271.315 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9420366890/9420856567	\$972.821,00	\$121.603	\$155.651	3	\$23.698	\$300.952

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


RODOLFO DUARTE CELVY
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


KAREN LISETH LADINO MARTINEZ
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 2	
		Fecha de aprobación: 3/04/2017	
		Código: 04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio: GINECOLOGIA	Sede: UNIDAD FONTIBON						
No. DE CONTRATO: 2180-2021	Periodo certificado desde el <table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>01</td> <td>6</td> <td>2021</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	01	6	2021
Día	Mes	Año					
01	6	2021					
NOMBRE DEL CONTRATISTA: KAREN LIZETH LADINO MARTINEZ	<table border="1"> <tr> <td>C. C.</td> <td>1.012.445.260</td> <td>DE</td> <td>BOGOTA</td> </tr> </table>	C. C.	1.012.445.260	DE	BOGOTA		
C. C.	1.012.445.260	DE	BOGOTA				

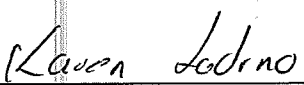
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente.	100%	Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente.	ENTREGA DE TURNO
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	100%	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	100%	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	100%	Retroalimentación al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERAN
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	100%	Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	100%	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	100%	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROTOCOLOS INSTRUCIONALES
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	100%	Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	100%	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROTOCOLOS INSTRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO LO REQUIERAN
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE PRESENTEN
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conoco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO LO REQUIERAN
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : \$ 2.374.146 DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE
--

CONTRATISTA: CC 	SUPERVISOR: 
---	---

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1012445260		LADINO MARTINEZ KAREN LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	tv 77 g bis 71 c 97	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7740741	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor	
2021-05	2021-05	1013189556	942036690	1	1	2021/06/16	2021/06/04	0	\$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO									
No.	Identificación	Nombre	Ingresos	Retenciones	Exenciones	Exoneraciones	Exenciones	Exoneraciones	Exoneraciones
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)									
1	CC 1012445260	LADINO KAREN							
Total Afiliados(1)									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1012445260		LADINO MARTINEZ KAREN LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	tv 77 g bis 71 c 97	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7740741	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor	
2021-05	2021-05	1013189556	942036690	1	1	2021/06/16	2021/06/04	0	\$281,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600	
COMPENSAR	EP5008	860,066,942	7	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600	
TOTAL				1	\$281,200	\$0	\$0	\$281,200	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1012445260		LADINO MARTINEZ KAREN LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	tw 77 8 bis 71 c 97	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7740741		No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor	
2021-05	1021327790	9420856567	N	Planilla	2021/06/16	2021/06/15	0	\$19,900	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																											
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS							
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	
Suticursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$64,295	\$10,300				\$64,295	\$8,100			\$0	\$0			\$64,295	\$8,100			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$64,295	\$10,300				\$64,295	\$8,100			\$0	\$0			\$64,295	\$8,100			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$64,295	\$10,300				\$64,295	\$8,100			\$0	\$0			\$64,295	\$8,100			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC	1012445260	LADINO KAREN	21001	30	(\$908,526)	EP508	30	(\$908,526)	(\$113,600)		0	\$0	(\$113,600)			\$0	\$0	\$0	14-11	30					\$0	\$0
2	CC	1012445260	LADINO KAREN	21001	30	\$972,821	EP508	30	\$972,821	\$121,700		0	\$0	\$121,700			\$0	\$0	\$0	14-11	30					\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$64,295	\$10,300				\$64,295	\$8,100			\$0	\$0			\$64,295	\$8,100			\$0	\$0			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012443260		LADINO MARTINEZ KAREN LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	19 77 g bis 71 c 97	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7740741	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2021-05	2021-05	1021327790	942055657	N	2021/06/16	2021/06/15	\$19,900

RESUMEN DE PAGO

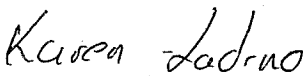
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,300	\$0	\$0	\$10,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$10,300	\$0	\$0	\$10,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,500	\$0	\$0	\$1,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$1,500	\$0	\$0	\$1,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,100	\$0	\$0	\$8,100
COMPENSAR	EP5008	860,066,942	7	1	\$8,100	\$0	\$0	\$8,100
TOTAL				1	\$19,900	\$0	\$0	\$19,900

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

KAREN LISETH LADINO MARTINEZ
C.C 1012445260 DE BOGOTA.

La suma de \$ 2.374.146, por concepto de: : Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como **auxiliar de enfermería**. De acuerdo al requerimiento institucional. durante el periodo del 01 al 30 de JUNIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2180-2021.


KAREN LISETH LADINO MARTINEZ

C.C 1012445260 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 488402934068