| 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: | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52366316 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | velandiasonia7@gmail.com | | | | CELULAR: | 3205168290 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | USS FONTIBON | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UCI INTERMEDIO ADULTO COVID | | | | SEDE: | FONTIBON F003 | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO03IJ02-CV19 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 0550488420633221 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2202-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | 6 | | |
| NÚMERO DE CDP | 924 | FECHA | 21/06/2021 | NÚMERO DE CRP | 36311 | FECHA | 30/06/2021 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/ O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRE 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 7 | 2021 | | 31 | 7 | 2021 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA | $9.651 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | NO APLICA | | | | | |

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 anexa certificacion bancaria de la entidad DAVIVIENDA por cambio en la cuenta a partir del mes de mayo. 276 HORAS JUNIO ( 178 HORAS JUNIO + 84 ADICIONALES MAYO + 14 HORAS MAYO) + 276 HORAS JULIO (92 HORAS JUNIO + 184 HORAS JULIO).** Para efectos de la Retencion en la fuente me acojo al Articulo 383 de ET.

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $16.358.445 |
| VALOR EJECUTADO | $13.694.750 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.663.676 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2.663.695 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 84% |

**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 $ 2.271,315,00, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8853607470 / 1039045437 | $1.065.470,40 | $133.184 | $170.475 | 3 | $25.955 | **$329.614** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes JULIO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente;

**RODOLFO DUARTE CELY**
**SUPERVISOR Y LIDER**

SONIA VELANDIA

**SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA**
**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. |
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | UCI INTERMEDIO ADULTO COVID | | | **Sede: UNIDAD FONTIBON** | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 2202-2021 | **Periodo certificado desde el** | | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | | 1 | 7 | 2.021 | | 31 | 7 | 2.021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA | | **C. C.** | 52.366.316 | | **DE** | BOGOTA | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/ O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRE 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 __x_ 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% | Retroalimento 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 INSTIRUCIONALES |
| 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 INSTIRUCIONALES |
| 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 (Número y letras):** **$ 2.663.676** **DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE**

SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA

C.C. 52366316

RODOLFO DUARTE CELY

Simple

| Información de la Planilla Pagada | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2021-07-12, 03:14:27 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | junio de 2021 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | junio de 2021 |
| **Empresa** | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 52366316 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8853607470 / 1039045437 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 336.600 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 170.700 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. | 1 | $ 133.400 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $ 26.000 | $ 0 |
| N860007336 | CCF22 | CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO | 1 | $ 6.500 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 336.600 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 336.600 |



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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Notificacion de Supervisión.pdf | Notificacion de Supervisión.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA - FEBRERO.pdf | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA - FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA - MARZO.pdf | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA - MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA - ABRIL.pdf | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA - ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA - MAYO.pdf | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA - MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA - JUNIO.pdf | SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA - JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

# INDUCCIÓN SUBRED 2021: Vista: Usuario

## ıario - SONIA MAYOLI VELANDIA ESPITIA

ne general | Usuario

| de calificación | Peso calculado | Calificación | Rango | Porcentaje | Retroalimentación | Aporta al total del curso |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **E 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 % | 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 % | 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 % | 10.00 | 0–10 | 100.00 % | | 10.00 % |
| **Total del curso** | - | **100.00** | **0–100** | **100.00 %** | | - |