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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA LILIANA RODRIGUEZ RONDON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.972.095							
CORREO ELECTRONICO:	sandralili_123@yahoo.com				CELULAR:	3134057487							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITAL KENNEDY				SEDE	KE10							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A37	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	500091624								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	4755			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5				
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	43207	FECHA	30/09/2018				
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 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	10	2018		30	10	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.416.018										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.080.090
VALOR EJECUTADO	$7.080.090
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.416.018
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 **$1.953.105**, 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
8330530021	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de OCTUBRE del año Dos Mil diesiseis (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

NATHALY PUERTO BONILLA
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

SANDRA LILIANA RODRIGUEZ RONDON
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	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	HOSPITAL KENNEDY			**Sede: KE10**					
No. DE CONTRATO:	4755	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2018		30	10	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA LILIANA RODRIGUEZ RONDON		**C. C.**	52,972,095			**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 ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI __X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ACTIVIDADES ESPECIFICAS: 1. Realizar las de enfermeria asignadas por el profesional de enfermeria,de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	SI	1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2- Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados.Se realiza lavado de manos se aplica vacuna de recien nacidos BCG y Hb se explica procedimiento y educacion a la madre para tener en cuenta en casa.Se registra en la carpeta diaria y de diligencia carnet, se hace entrega y se da las recomendaciones para las proximas vacunas.Se le informa a la jefe del servicio que el paciente fue vacunado y a la pediatra .Se coloca sellos y nota de enfermeria en la historia del paciente .Se realiza ronda en el trascurso de la tarde para asignar citas de ginecologia y recien nacidos.	1-carpetas con ronda diaria con lectura de temperatura de la nevera datos personales, seguimientos a bajos pesos y codigo blanco.2.libro de Entrega y recibido de biologico 3.Informe mensual al primer nivel .4. carpeta con datos de asignacion de citas para ginecologia y recien nacido
2.Informar al profesional de enfermeria los cambios en la evolucion del paciente para tomar mediadas oportunas en el manejo clinico del procedimiento.	SI	se coloca sellos dentro de historia clinica y se realiza nota de enfermeria	Historia clinica
3.Retroalimentar al supervisor las dificultades del proceso de atencion.	SI	Se informa a la jefe del servicio	Historia clinica
4. Asesorar al paciente y la familia sobre el plano de cuidados en casa garantizar la compresion de las ordenes medicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	SI	se da educacion sobre el cuidado de las vacunas en casa	historia clinica
5.Aplicar los procedimientos de bioseguridad,salud ocupacional,gestion ambiental y calidad.	SI	Leer y revisar los procedimientos de bioseguridad	historia clinica
6.Brindar orientacion a los pacientes y sus familiares con relacion a sus necesidades y expectativas de acuerdo con la politicas institucionales y las normas vigentes.	SI	Informacion a los familiares	Historia clinica
7.Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SI	se registra las vacunas en pai	Aplicativo pai
8.Diligenciar documentos para facturacion ,estadistica, libros de registro, en forma legible.	SI	nota de enfermeria	Historia Clinica
9.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la subred.	SI	participar en las actividades	protocolos
10.Elaborar informe mensula sobre el desarrollo y avance de actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificacion del cumplimiento.	SI	Alimentar diariamente informe	recepcionarlo a primer nivel
11.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona en caso de terminacion del contrato.	SI	se realiza invetario diario	informe de vacunacion
12.Participar en las jornadas de capacitacion,induccion,reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	Asistencia	listado de asistencia
13.Notificar las fallas da calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio.	SI	informar a la jefe	realizan acta
14.Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred,ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	SI	conocer los procedimientos	libros
15.Apoyar a la subred en las actividades que demanden según requisitos interinstitucionales. Y extra institucionales.	SI	realizar las actividades	listado de programacion
16.Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio , de acuerdo con el sistema de informacion de la subred.	SI	Notas de enfermeria	Historia clinica
17.Entregar la constacia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud,pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	realizar los pagos correspodientes	entrego soporte de pago
18.Realizar las demas actividades que le sean asignada acordes de con el objeto del contrato.	SI	realizar actividades que me sean asignadas	Historia clinica
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar en el diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización.	SI	1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK	1-Formato de asistencia de capacitacion

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):$ 1,416,018 (UN MILLON CUATROCIENTOS DIESISEIS MIL DIESIOCHO PESOS MCT)

Sandra Liliana Rodriguez Rondon cc: 52972095

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

Bogotá D.C.,OCTUBRE 2018 CUENTA DE COBRO 5

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SANDRA LILIANA RODRIGUEZ RONDON
C.C. No. 52 972 095

Por concepto de servicios prestados durante el mes de OCTUBRE según la Orden de prestación de servicios No 4755 de acuerdo al informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

Numero de turnos/ horas/ días:30 días

TOTAL: UN MILLON CUATROCIENTOS DIESISEIS MIL DIESIOCHO PESOS MCT

TOTAL: $ 1416018

CENTRO DE COSTO	PORCETANJE %	VALOR
A37	100%	$ 1416018
TOTAL	100%	$ 1416018

- Autorizo a la Unidad prestadora de Servicios de Salud sur Occidente ESE, **consignar el valor correspondiente en la Cuenta de Ahorros No. 500091624 del Banco Davivienda**

	SI	NO
Bajo la gravedad de juramento informo que soy declarante de renta por el año 2016		X
Declaro que mis ingresos provienen en más del 80% de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	X	
Que mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superaron 1.400 UVT ($41.654.200.00)		X

Cordialmente,

SANDRA LILIANA RODRIGUEZ RONDON
Cédula: **52 972 095**
E- MAIL: sandralili_123@yahoo.es
Cel. 3134057487

Último ingreso exitoso: 2018-10-11 / 10:54:26 AM | Último ingreso fallido: 2018-05-21 / 10:12:51 AM

Datos | Empleados | Planillas | Documentos | Reportes | Cesantías | Salir

Periodo Pensión: Septiembre 2018. Periodo Salud: Septiembre 2018. Octubre 11 de 2018 / 4:11 PM

Inicio › Planillas › **Resumen de pago**

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	SANDRA LILIANA ROGRIGUEZ RONDON	**Nit:**	52972095
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Septiembre 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Septiembre 2018
Número de radicación:	8330530021	**Total a pagar:**	$241,800
Fecha de vencimiento:	23/10/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	09/10/2018	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1001	**Número de aprobación:**	1000000820
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-28	800256161	ARP Sura	1		$0.00	$19,100
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$125,000
EPS023	830009783	Cruz Blanca EPS	1		$0.00	$97,700
						$241,800

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

CC: 52972O

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2018 , Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara. ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SC 3016-1

Acerca de los certificados SSL

Powered by Cenet Edinet

Miplanilla.com - Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia

Su dirección IP actual es: 10.0.66.134

Señor(a): SANDRA LILIANA ROGRIGUEZ RONDON
No. Identificación: CC 52972095
Dirección: CLLE 52 SUR # 78J-39
Teléfono: 2993113 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330530021

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	SANDRA LILIANA ROGRIGUEZ R
Tipo y Número de Identificación	CC 52972095
Número Planilla	8330530021
Fecha de Pago	10/9/2018
Número de Autorización de Pago	1000000820
Banco	1001
Valor Comision	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotizacion Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotizacion Pension	Septiembre 2018
Periodo Cotizacion Caja	Septiembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS023	Cruz Blanca EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52972095
APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ RONDON SANDRA LILIANA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS023	230201	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES:

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

CC 52972095

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