

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |  |                     |               |                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</b> |  | Versión             | 3             |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br><small>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</small> |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |  | 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 ELECTRÓNICO:                         |  |                 |     | sandrallili_123@yahoo.com       |   |                 |     | CELULAR:                                              |            | 3134057487      |   |                 |   |    |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |     |                                 |   |                 |     | IB-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 | % |    |  |
|                                             |  | KE10N04         | 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                                            |     | 1133                                                                                                                                                                                                                                                            |             | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |     |       |       | 1          |     |      |
| NÚMERO DE CDP                                                            | 154 | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                           | 17/01/2019  | NÚMERO DE CRP            |     | 15449 | FECHA | 31/01/2019 |     |      |
| 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. |             |                          |     |       |       |            |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                 | DESDE       | DIA                      | MES | AÑO   | HASTA | DIA        | MES | AÑO  |
|                                                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | 1                        | 2   | 2019  |       | 28         | 2   | 2019 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$1.613.395 |                          |     |       |       |            |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS                                                        |     | Asistencial                                                                                                                                                                                                                                                     |             | RESERVA DE GLOSA 2%      |     |       |       |            |     |      |

| OBSERVACIONES:                          |  |  |  |  |  |             |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|
|                                         |  |  |  |  |  |             |  |  |  |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |  |  |  |  |  |             |  |  |  |
| CONCEPTO                                |  |  |  |  |  | VALORES     |  |  |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: |  |  |  |  |  | \$1.613.395 |  |  |  |
| VALOR EJECUTADO                         |  |  |  |  |  | \$1.613.395 |  |  |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            |  |  |  |  |  | \$1.613.395 |  |  |  |
| 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| 8332964173         | \$829.116,00      | \$103.600                | \$132.500          | 3         | \$20.200   | \$256.300     |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil dieciséis (2019). 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:        | 1133                            | Periodo certificado desde el | Día        | Mes        | Año  | a  | Día    | Mes | Año  |
|                         |                                 |                              | 1          | 2          | 2019 |    | 28     | 2   | 2019 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SANDRA LILIANA RODRIGUEZ RONDON |                              | C. C.      | 52.972.095 |      | DE | BOGOTÁ |     |      |

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 enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                           | SI         | 1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades.<br>2-Realizar procedimiento basicos de enfermería 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 se 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 enfermería 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 enfermería los cambios en la evolucion del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clinico del procedimiento.                                                                                                     | SI         | se coloca sellos dentro de historia clinica y se realiza nota de enfermería                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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 comprension 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 enfermería                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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 mensual sobre el desarrollo y avance de actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación del cumplimiento.                                                                                                  | SI         | Alimentar diariamente informe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | recepconarto 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 inventario 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 de 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 enfermería                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Historia clinica                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 17.Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud,pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                                                                                                 | SI         | realizar los pagos correspondientes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | entregó 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):\$ 1,613,395 ( UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MCT)

Sandra Liliana Rodriguez Rondon CC: 52972095  
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : día/mes/año Firma de recibido supervisor:

*Matthaly Pardo*

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

*Ledy Moreno*

Último ingreso exitoso: 2019-02-11 / 03:30:34 PM | Último ingreso fallido: 2019-01-18 / 10:51:51 AM

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

Periodo Pensión: Enero 2019. Periodo Salud: Enero 2019.

Febrero 15 de 2019 / 10:33 AM

[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 | Enero 2019 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL                       | Periodo liquidación Salud:    | Enero 2019 |
| Número de radicación:   | 8332964173                      | Total a pagar:                | \$256,300  |
| Fecha de vencimiento:   | 22/02/2019                      | Total de empleados:           | 1          |
| Fecha de pago:          | 12/02/2019                      | 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:                    | 1023                                  | Número de aprobación: | 81332039      |
| 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     |
|--------|-----------|-------------------------------|---------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|
| 14-11  | 890903790 | ARL SURA                      | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$20,200         |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$132,500        |
| EPS023 | 830009783 | Cruz Blanca EPS               | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$103,600        |
|        |           |                               |               |                                              |                                              | <b>\$256,300</b> |

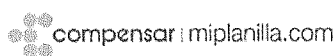
\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[» 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](#)<https://www.miplanilla.com/>

Todos los derechos reservados © 2019 . Compensar - Cenet S.A.



certicámara.

Powered by



Acerca de los certificados SSL



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

Su dirección IP actual es: 190.25.249.198

