**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 08/ 2020**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LADY LILIANA AGUDELO NUÑEZ**

**C.C1057571267 DE SOGAMOSO**

La suma de $ 3.114.000 mil pesos por concepto de: Servicios prestados durante el mes de AGOSTO durante el periodo de 01 al 31 de agosto de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3441

Lady Liliana Agudelo Nuñez

**LADY LILIANA AGUDELO NUÑEZ**

**C.C.1057571267 DE SOGAMOSO**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**

**NUMERO 085271096**

Escaneado con CamScanner

| 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: | LADY LILIANA AGUDELO NUÑEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1057571267 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | Lilianaagudelo1102@gmail.com | | | | CELULAR: | 3505927000 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KENNEDY | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | DOCENCIA SERVICIOS | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE11T11-1 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | No. 085271096 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3441 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 07 pagos | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1051 | FECHA | 22/07/2020 | NÚMERO DE CRP | | 31352 | FECHA | 31/07/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de gestion administrativa y/o asistencial del area de Gestion del Conocimiento dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento Institucional.** | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 8 | 2020 | | 31 | 8 | 2020 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.114.000 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | 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.

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $21.798.000 |
| VALOR EJECUTADO | $21.798.000 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.114.000 |
| 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 **$2.194.508**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8344454044 | $1.245.000,00 | $155.700 | $199.300 | 3 | $30.400 | **$385.400** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de agosto del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Lady Liliana Agudelo Nuñez

**ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**LADY LILIANA AGUDELO NUÑEZ**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



Escaneado con CamScanner

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ubicación del Servicio: | Subred Suroccidente ESE | | | | Sede: Unidad Kennedy | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 3441-2020 | Periodo certificado desde el | Dia | Mes | Año | a | Dia | Mes | Año |
| | | | 1 | 8 | 2 020 | | 31 | 8 | 2 020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LADY LILIANA AGUDELO NUÑEZ | C. C. | 1'057571267 | | | DE | Sogamoso | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de gestion administrativa y/o asistencial del area de Gestion del Conocimiento dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO 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 |
|---|---|---|---|
| 1. Asistir segun delegacion de la oficina de gestion del conocimiento a las reuniones , capacitaciones y asistencias tecnicas convocadas por los entes competentes | SI | Se asiste a reuniones convocadas por SDS de Referentes Docencia Servicios de la Red suroccidente<br>Se asiste a mesas de trabajo semanales en la Unidad Kennedy | Informes de capacidad Instalada Unidad Fontibon para la subred<br>Informes de bienestar estudianti<br>Informe de estados financierons y ejecucion de facturas por contraprestacion |
| 2. Hacer seguimiento del estado general de los conveniosde las unidades de la subred que lesean asignadas incluyendo lo relacionado con el bienestar de los estudiantes y docentes | SI | Se cuenta con carpetas de los convenios organizadas cada una con su respectiva documentacion Convenios, polizas actas de comités | Carpetas al dia con documentacion reglamentada para realizacion de practicas formativas |
| 3. Verificar y entregar los soportes de las diferentes contraprestaciones de los convenios para el respectivo tramite contralicado de la facturacion, el cual debe ser auditada por el responsable | SI | se realiza verificacion previa liquidacion de las rotaciones, y contraprestaciones de las practicas formativas | Verificacion de las contraprestaciones<br>realizacion del respectivo oficio para el area de facturacion y emision de la factura de cobro a las instituciones educativas. |
| 4. Presentar informes de las actividades mensuales al supervisor del contrato y aquellos que sean requeridos por otras instancias | SI | Se realiza reuniones con los lideres de los servicios y que tienen a cargo academia de estudiantes se discuten falencias para ser tra emidas en los comites Docencia=servicios | Actas de Comites y reuniones con los diferentes entes involucrados dentro del proceso de socencia servicios |
| 5. Organizar programar la rotacion de estudiantes de las unidades asignadas en coordinacion con los referentes transversales, con el aval posterior de la oficina de gestion del conocimiento | SI | Se realiza previa verificacion de la capcidad instalada, se realiza asignacion de cupos para las diferentes instituciones y se solicita aval del Jfe de la oficina | Matriz de capacidad instalda de acuerdo a los lineamientos dados por el msnitserio y kla secretaria distrital de salud |
| 6. Participar en el cumplimiento de las metas del Plan Operativo Anual de la oficina | SI | Se realiza respuestas de quejas recibidas por PQRS en relaciona adocencia servicios, se realiza autoevaluacion de las unidades que se tienen a cargo y se realizan encuestas para dar cunmplimiento y tramite a las metas dentro del POA de la Oficina | Actas de reunion<br>Encuestas<br>Matriz de autoevaluacines de las Unidades |
| 7. Apoyar el trabajo interdisciplinario de docencia e investigacion en las unidades asignadas | SI | Se realiza tramite a las investigacionees o proyectos presentados por los estudiantes de las Unidades que se tienen a cargo | asistencias tecnicas y de capacitacion a alos procesos investigativos de la Subred |
| 8. Preservar el correcto uso del equipo y elementos a su cargo | SI | Correcto uso de los elementos que estan a mi cargo | Correcto uso de los elementos que estan a mi cargo |
| 9. Contribuir con el mejoramiento y elaboracion de procesos y procedimientos de la oficina de gestion del conocimiento | SI | Coordinar a los internos y estudiantes de las unidades de Bosa y Fontibon a mensualmente programaciones de turnos para los internos y estudiantes de medicina que se encuentran rotando por los servicios de Medicina interna, cx ginecologia y ortopedia | Soportes de actas de reunion de cada comité los cuales se encuentran en cada una de las carpetas de documentacion de Convenios |
| 10. participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la Subred en acreditacion que apunten al mejoramiento continuo | SI | Se partocipa de manera activa en la entrega de soportes y en la realizacion de actividades para dar cumplimento al proceso de careditacion de las unidades de la subred | Carpetas<br>informes y soportes |
| 11. Conocer incorporar aplicar las herramientas impartidas por lasubred para implementacion de los procesos integrados de gestion y meganismos de control definidos para el mejoramiento de lac alidad | SI | Participacion activa en la creacion de planes de mejoramento de la oficina de gestion del conocmentio | Actas de asistencia |
| 12. Alimentar permanentemente las herramientas informaticasdefinidas por la institucion para garantizar la capacidad docente instalda de las unidades que le sean asignadas | SI | Se realiza envio de listados en matriz de informacion de los estudiantes para proceso de induccion, alimentar matriz de capacidad instalada academica, realizar reporte a las plataformas del Sicai de las unidades de Bosa y Fontibon | Matriz de capacidad instalda de acuerdo a los lineamientos dados por el msnitserio y kla secretaria distrital de salud |
| 13. Participar activamente en los procesos de induccion y reinduccion y evaluaciones periodicas que sean definidas en conjunto con los entes educativos | SI | Asistencia a comites docencia servicios programados por la oficvina de gestion del conocimento y las universidades | Actas de Reunion |
| 14. Tramitar y hacer entrega de las novedades y calificaciones de los diferentes estudiantes ante la oficina de gestion del conocimiento para garantizar el envio unificados alas entidades de educacion | SI | Diligenciamiento de formato de calificaciones en conjunto con especialistas de las Unidades a cargo y posterior entrega a la oficina de gestiuon del conocinmiento para tramite y envio de las mismas | Entrega de formatos de calificacion a la oficina de gestion del conocimiento |
| 15 desarrollar las demas actividades que surjan durante el desarrollo del objeto contractual y las solicitadas por el supervisor afines con lasobligaciones del contrato | SI | Asistencia a diferentes reunionesconvovadas por la subred | Actas de reunion |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Numero y letras):** **$3.114. 000.00. Tres Millones Ciento Catorce Mil Pesos**

Lady Liliana Agudelo Nuñez 1057571267.

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA LADY LILIANA AGUDELO NUÑEZ

Fecha Agosto de 2020 Firma de recibido supervisor

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

Escaneado con CamScanner

| | |
|---|---|
| **Señor(es):** | Lady Liliana Agudelo Nuñez |
| **Nit:** | CC 1057571267 |
| **Dirección:** | Cra 50a # 174 B 03 |
| **Teléfono:** | 3202393720 **Fax:** |
| **Ciudad:** | BOGOTA, D.C. |

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | Lady Liliana Agudelo Nuñez |
| Tipo y número de identificación | 1057571267 |
| Número de radicación planilla | 8344454044 |
| Fecha de pago | 8/5/2020 |
| Número de autorización de pago | 76588184 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Julio 2020 |
| Periodo cotización pensión | Julio 2020 |
| Periodo cotización caja | Julio 2020 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $385.400 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $30.400 | 1 |
| 231001 | Colfondos | $199.300 | 1 |
| EPS037 | Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS | $155.700 | 1 |

PAGADO

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

Escaneado con CamScanner