Marzo

| 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: | DIANA JOHANNA MERCADO OSORIO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 55237603 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | dianamercado84@gmail.com | | | | CELULAR: | 3008637311 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KE10 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | NUTRICION | | | | SEDE: | KENNEDY | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | KE10N07 | 83,8 | KE11435 | 16,1 | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 23951522341 | | | | | | | | PENSIONADO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2088-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 2 de 3 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 29 | FECHA | 8/01/2020 | NÚMERO DE CRP | 14245 | FECHA | 31/01/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Laboratorio 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 | 3 | 2020 | | 31 | 3 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | 3,192,318 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $9.576.954 |
| VALOR EJECUTADO | $6.384.636 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.192.318 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.192.318 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 66% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 41125017 | $1.434.827 | $179.400 | $229.600 | 3 | $35.000 | **$444.000** |

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

**VIVIANA TEJERA PALACIO**
**Lider de Nutricion y Dietetica**

**DIANA JOHANNA MERCADO OSORIO**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA** 55237603

| 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 | 31/03/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| **Ubicación del Servicio:** | Nutricion y Dietetica | | | | **Sede: Kennedy** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 2088-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 3 | 2.020 | | 31 | 3 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | DIANA MERCADO OSORIO | | **C. C.** | | 55.237.603 | | **DE** | BARRANQUILLA | |

**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 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 |
|---|---|---|---|
| 1. Realizar la revista diaria en los servicios de hospitalización asignados para generar las órdenes de solicitud de dietas. 2. Elaborar los listados de las órdenes de solicitud de dietas para cada paciente. 3. Realizar las valoraciones nutricionales a los pacientes que lo requieran. 4. Reportar las ordenes las ordenes de solicitud de dietas y formulas lácteas en los horarios establecidos para cada tiempo de comida. 5. Atender la consulta externa de nutrición dependiendo de la demanda presentada. 6. Responder valoraciones nutricionales según los requerimientos de los diferentes servicios de hospitalización. 7. Participar en la elaboración, revisión y actualización de procesos y guías de manejo asegurando adherencia a las mismas. 8. Diligenciar correctamente la historia clínica cuando haya que dejar registro de atención del paciente. 9. Genera las modificaciones a las órdenes de solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario. 10. Participar en los grupos organizados para dar capacitación nutricional en los temas solicitados por los coordinadores de los mismos. 11. Generar los registros de información necesarios para informes estadísticos. 12. Consolidar información estadísticas de cuerdo a los requerimientos del área. 13. Registrar, consolidar y presentar los informes estadísticos con la oportunidad y periodicidad requerida. 14. Realizar la valoración del 100% de los pacientes atendidos en la unidad renal según los horarios establecidos. 15. Realizar recomendaciones nutricionales.16. Coordinar con el médico los suplementos a prescribir a los pacientes segun valoración nutricional. 17. Supervisar la servida de las dietas y de los refrigerios. | **100%** | • Elabore los listados de órdenes de dieta de los siguientes servicios: Urgencias 1er piso .* Diligencié el formato de solicitud de nueves, onces y refrigerios para los servicios medicina interna, ginecologia, ortopedia, y quirurgica para todos los pacientes programados.<br>• Generé las modificaciones a las órdenes de la solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario.<br>• Di respuesta oportuna a las valoraciones nutricionales que se solicitan en cada servicio de urgencias 1er piso• Diligencié correctamente en la historia clínica cuando haya que dejar registros de atención del paciente y soporte nutricinal..<br>• Realicé recomendaciones nutricionales.<br>Realizar ronda para la prescripcion dietaria del desayuno por servicio asignado, verificando gustos y preferencias por por paciente, para mejorar el estado nutricional de cada uno; el ideal para hacer esta actividad es realizar tamizaje nutricional, lo cual nos permite detectar el riesgo de mal nutricion hospitalaria. ( Se puede realizar en cualquier ronda del dia).<br>* Conteo de dietas para actualizacion de censo.<br>* Actualizacion del tablero para el desayuno y el resto de servicios.<br>* Elaboracion de refrigerios para hacer entrega a las 9 de la mañana en el servicio.<br>* Supervision en la distribucion por cada servicio.<br>* Recoger interconsultas si hay para algun servicio y dar respuestas a ella.<br>* Segunda ronda para la prescripcion del almuerzo.<br>* Dejar los listados actualizados para el siguiente dia.<br>.Se realiza consulta externa medio tiempo en el hospital tintal. | interconsultas desarrolladas. diligenciamiento de Formatos y suministros de dietas de dietas del mes de marzo . Diligenciamiento de historias clinicas . Formatos de facturaciones, registro de dietas desayuno y almuerzo, supervison de la entrega de alimentos, seguimientos de nutricion via oral y enetrales , respueta a juntas medicas, consulta externa en el hospital kennedy el mes febrero del 2020. |

**TOTAL A PAGAR (3,192,318): $ TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRECIENTOS DIECIOCHO .**

Diana Mercado

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 55237603

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.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 55237603 | DIANA JOHANNA MERCADO OSORIO | calle45 #72b-17 | 4564215 | dianamercado84@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-02 | 2020-02 | I | 09/03/2020 | 41125017 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $446.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 179.400 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 800 | 0 | 180.200 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 229.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1.000 | 0 | 230.600 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 35.000 | | | | 35.000 | 6 | 200 | 35.200 | | | 350 | 35.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 179.400 | 180.200 |
| Pensión | 1 | 229.600 | 230.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 35.000 | 35.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 444.000 | 446.000 |

PAGADA
41125017

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