

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:		PAPS ESTACION		Sede: PABLO VI	
No. DE CONTRATO:	2339-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
			1	5	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES		C. C.	1.018.445.046	DE BOGOTÁ D.C.
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación 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.					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS		
1. Valorar integralmente los pacientes remitidos a paquetes de estimulación adecuada y de rehabilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a los lineamientos y normatividad vigente.	SI	1. Valorar integralmente los pacientes remitidos a paquetes de estimulación adecuada y de rehabilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a los lineamientos y normatividad vigente.	Registro en historia clínica		
2. Valorar integralmente los pacientes remitidos de las EPS'S por evento según especialidad requerida.	SI	2. Valorar integralmente los pacientes remitidos de las EPS'S por evento según especialidad requerida.	Registro en historia clínica		
3. Valorar integralmente a los pacientes particulares según especialidad solicitada.	SI	3. Valorar integralmente a los pacientes particulares según especialidad solicitada.	Registro en historia clínica		
4. Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios del Gimnasio	SI	4. Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios del Gimnasio	Medio magnetico		
5. Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	SI	5. Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	Registro en historia clínica		
6. Asistir y participar activamente en los espacios para actualización y fortalecimiento de competencias como UAT, ULC, y otras reuniones.	SI	6. Asistir y participar activamente en los espacios para actualización y fortalecimiento de competencias como UAT, ULC, y otras reuniones.	ACTAS		
7. Responder por el cumplimiento de las metas institucionales	SI	7. Responder por el cumplimiento de las metas institucionales	Registro en historia clínica		
8. Entrega oportuna de los soportes para la facturación de la línea	SI	8. Entrega oportuna de los soportes para la facturación de la línea	Registro en historia clínica		
9. Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación	SI	9. Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación	Aplicación de manual de calidad en la institución		
10. Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos	SI	10. Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en	Aplicación de manual de calidad en la institución		
11. Aplicar los procedimientos definidos en la Guía Integrada del Gimnasio y los instructivos propios de cada especialidad.	SI	11. Aplicar los procedimientos definidos en la Guía Integrada del Gimnasio y los instructivos propios de cada especialidad.	Registro en historia clínica		
12. Realizar la prestación de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios	SI	12. Realizar la prestación de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios	Registro en historia clínica		
13. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	SI	13. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	Actas, Plan de mejora		
14. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	SI	14. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	Registro en historia clínica		
15. Las demás que le sean solicitadas y afines con el objeto contractual.	SI	15. Las demás que le sean solicitadas y afines con el objeto contractual.	Atención a usuarios según convenios		
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$2,667,748=) (DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO)					
 Leydi Johana Pineda Linares			Fecha: 03/04/2020 Firma de recibido superior:		
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

[Datos](#) | [Empleados](#) | [Planillas](#) | [Documentos](#) | [Reportes](#) | [Casantías](#) | [Pensiones Voluntarias](#) | [Salir](#)

Periodo Pensión: Abril 2020, Periodo Salud: Abril 2020.

Mayo 4 de 2020 / 1:15 PM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES	NIT:	1018445046
Tipo planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	Abril 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Abril 2020
Número de radicación:	42244494	Total a pagar:	\$378,800
Fecha de vencimiento:	31/05/2020	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	04/05/2020	Número de administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Protección Social	Medio de pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número de aprobación:	615738775
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	\$29,900
230301	800224808	Porvenir	1		\$0.00	\$195,900
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0.00	\$153,000
						\$378,800

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

Este documento está clasificado como **PRIVADO** por parte de Compensar Operador de Información [»Ver planillas pagadas](#)

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)

[Imprimir transacción](#)

<https://www.miplanilla.com/>

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenat S.A.

 **compensar** | [miplanilla.com](https://www.miplanilla.com/)

Comfenalco Valle
del agente

Powered by  **Cenat**  **Ednel**

certicámara

Acorda de los
certificados SSL



<https://independientes.miplanilla.com/Private/ListaTotalesXPlanilla.aspx?IdPlanilla=51d04525-a36a-4644-b891-ec328c530615&NoPlanilla=42244494...> 1/2

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD 2020-04	2020-04	1	04/05/2020	42244494
TOTAL A PAGAR				\$378.600

DATOS DEL APORTANTE				
TPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	1018445048	LEYDIA JOHANA PINEDA LINARES	CIL 6 A N 89 47	4494803
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO
ÚNICA	1 - Independiente			
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				
NO				
CUIDAD / MUNICIPIO				
BOGOTÁ D.C.				
CORREO				
LJ.PINEDA11@GMAIL.COM				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	153.000	0
TOTALES PENSION				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
230301	Porvenir	800224808-8	195.900	0

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
14-11	ARL SURA	850903790-5	29.900	0

TOTALES CAJAS				
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	153.000	153.000	153.000
Pensión	1	195.900	195.900	195.900
Riesgos Laborales	1	29.900	29.900	29.900
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	378.600	378.600	378.600

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	153.000	153.000	153.000
Pensión	1	195.900	195.900	195.900
Riesgos Laborales	1	29.900	29.900	29.900
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	378.600	378.600	378.600

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAMEDICALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO		
CC	1018445046	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES	CLL 6 A N 29 47 TRINITARIA FASE 6 CS 51	4494803	LJ.PINEDA11@GMAIL.COM		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					1
					0
PERIODO SALIR	PERIODO PERSONAS				TOTAL A PAGAR
2020-04	2020-04	1	04/05/2020	42244454	\$378 800

[illegible]

A vertical strip of five geometric shapes. From top to bottom: a triangle, a semi-circle, a triangle, a circle, and a semi-circle. The shapes are rendered in a light, textured style against a dark background.

 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 TESORERÍA	Versión	3
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código	04-02-FO-0002



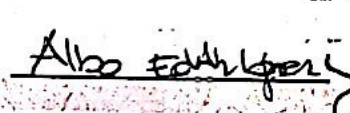
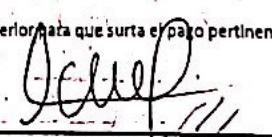
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:						LEYDI JOHANA PINEDA LINARES					
TIPO DE DOCUMENTO:						C.C.	X	C.E.	NO.		1018445046
CORREO ELECTRONICO:						jlpineda11@gmail.com			CELULAR:		3134059271
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:						PAPS ESTACION			SEDE:		Pablo VI
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		PA29-M06	100								
ENTIDAD FINANCIERA:						BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros
NUMERO DE CUENTA BANCARIA						62444137351			PENSIONADO		No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:						2339-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 4 DE 6	
NÚMERO DE CDP						574		FECHA		20/04/2020	
OBJETO DEL CONTRATO:						FECHA		NÚMERO DE CRP		23186	
						20/04/2020				FECHA	
										30/04/2020	
PERIODO CERTIFICADO:						DESDE		HASTA			
						DIA		MES		AÑO	
						1		5		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:										\$2.867.748	
TIPO DE SERVICIOS						Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		NA	

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$18.008.224
VALOR EJECUTADO	\$12.272.728
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.867.748
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$5.735.496
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	68%

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 \$2,194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.						
Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL AORTES
41656293	\$1.271.000,00	\$150.000	\$192.000	3	\$29.232	\$379.332

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año Dos Mil VEINTE (2020) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEYDI JOHANA PINEDA