

DOCUMENTO EQUIVALENTE
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEYDI JOHANA PINEDA LINARES
C.C 1.018.445.046 DE BOGOTA

La suma de DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO M/CTE., por concepto de: Prestar servicios asistenciales como Fisioterapeuta durante el periodo de 01 al 31 de julio de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2339/2020



LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

C.C.1.018.445.46 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA
NUMERO 62444137351

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

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:				lj.pineda11@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	%	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 6 DE 6								
NÚMERO DE CDP		574		FECHA		2020-04-20		NÚMERO DE CRP		23186		FECHA		2020-04-30					
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.															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		7		2020				31		7		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												\$18.008.224							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA												\$2.867.748							
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 <u>mínimo</u> 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 COTIZACION		APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC		NIVEL ARL		APORTE ARL		TOTAL APORTES							
43779762		\$1.147.099,00		\$143.387		\$183.536		3		\$27.943		\$354.867							
Dado en Bogotá a los 31 días del mes de JULIO del año Dos Mil VEINTE (2020) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,																			
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:												 LEYDI JOHANA PINEDA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA							

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	a	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES		1	7	2 020		30	7	2 020
			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 X NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Valorar integralmente los pacientes remitidos a paquetes de estimulación adecuada y de habilitación 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 habilitación 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 asignadas.	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 la institución.	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): (\$2,867,748=) (DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO)

[Firma]

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

[Firma]

LEYDI PINEDA CC 1018445046

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1018445046	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES		CL 6 A N 89.47 TINJALÁ 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.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

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
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					
2020-06	2020-06	I	03/07/2020	43779762		\$378.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	CompuSalud EPS	860086942-7	153.000	0		0		0	0	0	0	153.000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION										
Código A/F/P	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar Afiliados
230301	Forneur	800224608-8	195.900	0	0	0	0	0		195.900

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES																			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotizacion	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto		Dias		Valor Mora		Subtotal	No Radicado	Valor Saldo a		Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
				Por Autorizacion	Valor		Cotizacion	Mora	Cotizacion	Obligaacion	Saldo a Favor	Favor							
14-11	ARL SURA	800903790-5	29.900				29.900	0	0			29.900					299	29.900	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
						No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARATISCALES				
Valor Aporte	Dias 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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRR y mora	Total a Pagar
Salud	1	153,000	153,000
Pensión	1	195,900	195,900
Reserva Laborales	1	29,900	29,900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MIEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	378,800	378,800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1018445046	LEYDI JOHANNA PINEDA LINARES		CALLE 6 A N 89 47 TINTAL Y PSE 6 CS 51	4494603	LI.PINEDA.L11@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente	ente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCAR Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	1	03/07/2020	43779762	\$378.800	

ETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

PAGADA