

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

Fecha de aprobación:
Código:

15/02/2018

65-67-PO-4962



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA				AMANDA LILIANA NIÑO RAMÍREZ											
TIPO DE DOCUMENTO				CC	X	CE	NO				52.170.203				
CORREO ELECTRÓNICO				LILIANARAMIREZ1992@YA.HOTMAIL.COM				CELULAR				3104111487			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD															
UBICACIÓN DEL SERVICIO				PAÍS PALESTINA				SEDE				PABLO VI			
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		PA12A36	100												
ENTIDAD FINANCIERA				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA				AHORROS			
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA				567-875345-78								PENSIONADO No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA				2935-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				4 DE 6			
NÚMERO COP		29	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP		15036	FECHA		31/01/2020					
OBJETO DEL CONTRATO				Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de ENFERMERIA 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	4	2020			30	4	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES				\$2.667.748											
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%				NO					
OBSERVACIONES:															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO										VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES										\$8.603.244					
VALOR EJECUTADO										\$8.603.244					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$2.667.748					
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
8340995912	1.147.099	\$143.400	\$183.600	3	\$28.000	\$354.600									
<p>Dado en Bogotá a los 30 días del mes de ABRIL del año Dos MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <p><i>Yorby Constanza Mosquera</i> YORBY CONSTANZA MOSQUERA</p> <p><i>Amanda Liliana Niño Ramírez</i> AMANDA LILIANA NIÑO RAMÍREZ</p> <p>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>															



Objeto del Servicio: PABLO VI
 No. de Contrato: 29/15/2019
 Periodo certificado desde el: 1 de 1
 Sede: PABLO VI
 Día: 1 Mes: 4 Año: 2019
 C. C.: 52 170 263 DE BOGOTÁ

El resultado del cumplimiento del contrato es:		SI	X	NO	Servicios:	SI	NO
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
1. Asegurar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral.		SI		Apoyo en la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral.		SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA	
2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.		SI		Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.		SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA	
3. Llevar registro de la atención de los procedimientos actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costo y facturación.		SI		Llevo un registro de la atención de los procedimientos actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costo y facturación.		SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA	
4. Participar en la programación de las actividades del área.		SI		Participo en la programación de las actividades del área.		REUNIONES	
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.		SI		Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.		SOPORTADO CON FICHAS DE NOTIFICACION	
6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		SI		Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, y participo en los análisis a los que me han convocado para implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		REUNIONES	
7. Impactar instrucciones del personal a cargo.		SI		Atiendo las instrucciones del personal a cargo.		ULC, COVE, DEMAS ACTIVIDADES	
8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.		SI		Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.		SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA	
9. Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.		SI		Realizo procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.		SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA	
10. Prestar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.		SI		Participo en el seguimiento y control a pacientes a los que se requiera.		SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA	
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.		SI		Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.		SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA	
12. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.		SI		Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.		ATENCION AL USUARIO	
13. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.		SI		Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.		SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y ARCHIVO	
14. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		SI		Apoyo con el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA	
15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		SI		Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		INFORMES MENSUALES	
16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.		SI		Me responsabilizo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.		ACTA DE INVENTARIO	
17. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.		SI		Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales soy convocado.		REUNIONES, UAT, ULC	
18. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos.		SI		Cumplo con los procedimientos establecidos por la Subred además de apoyar la implementación de los mismos.		SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA	
19. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.		SI		Apoyo a la Subred en las actividades que demanda según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.		SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA	
20. Registrar las actividades realizadas, relacionadas con la prestación del servicio de acuerdo con el sistema de información de la Subred.		SI		Registro actividades realizadas, relacionadas con la prestación del servicio de acuerdo con el sistema de información de la Subred.		SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA	
21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.		SI		Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.		REALIZANDO LAS ACTIVIDADES A MI CARGO	
22. Entregar la contancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgo profesionales mensualmente.		SI		Entrego contancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgo profesionales mensualmente.		CERTIFICADO DE APORTES	
23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acorde con el objetivo del contrato.		SI		Realizo las demás actividades que le sean asignadas acorde con el objetivo del contrato.		SOPORTADO EN HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO 2.867.740

Libra Nino Ramirez 52170263

Fecha: 23/02/2019 Firma de recibido supervisor: [Firma]

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): AMANDA LILIANA NIÑO RAMÍREZ
No. identificación: CC52170283
Dirección: CALLE 58 SUR 48 B 25
Teléfono: 3104111487
Correo: lilanaramirez1509@yahoo.com
Ciudad: BOGOTÁ D.C.
Número de Planilla: 8342413857

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	AMANDA LILIANA NIÑO RAMÍREZ
Tipo y número de identificación	CC52170283
Número de planilla	8342413857
Fecha pago	2020-05-27
Número de autorización pago	24270099
Banco	1023

Número de Empleados	1
Período de Cotización Salud	may de 2020
Período de Cotización Pensión	may de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	206500
Total Intereses de Mucho	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
18-11	APL SURA	28100	1
230301	Ponense	34500	1
EP5008	Compensar EPS	143500	1

TIPO DOC: CC
NO. DOCUMENTO: 52170283
APELLIDOS Y NOMBRES: AMANDA LILIANA NIÑO RAMÍREZ

CAR. EPS	CAR. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EP5008	230301	1147099	1147099	1147099	0	143400	0	34500	0	28000	0

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