

 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	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Sede Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	02/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS ✓											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				53096006				
CORREO ELECTRONICO:				leidyjho10@gmail.com				CELULAR:				3226548079			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS FONTIBON							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				urgencias				SEDE:				FONTIBON F003			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		FO03B03	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO BOGOTA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA								578538951				PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4433-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				4	
NÚMERO DE CDP		574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP				24944	FECHA	30/04/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRE 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	6	2020		30	6	2020		
				\$17.163									
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 0%				NO APLICA	

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. **EN MAYO 186 HORAS Y EN JUNIO 96 HORAS** ✓

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$14.152.610 ✓
VALOR EJECUTADO	\$8.856.108 ✓
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.647.648 ✓
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$5.296.502 ✓
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	63 %

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 \$2,194,508,00 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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1030309441	\$1.276.927,20	\$159.616	\$38.308	3	\$31.106	\$229.030

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


RODOLFO DUARTE CELY
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	
		Fecha de aprobación	3/04/2017		
		Código:	04-02-FO-0003		
Ubicación del Servicio:		URGENCIAS		Sede: UNIDAD FONTIBON	
No. DE CONTRATO:	4433-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
			1	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS	C.C.	53.096.006	DE	BOGOTA
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area 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.					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI <u>X</u> NO ____					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMA DO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS		
Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	100%	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	ORDENES MEDICAS		
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	100%	Cumpro con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION		
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 costos y facturación	100%	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 costos y facturación	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION		
Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	100%	Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION		
Participar en la programación de las actividades del área	100%	Participo en la programación de las actividades del área	CUANDO SE REQUIERA		
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	100%	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION		
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.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO LO REQUIERA		
Impartir instrucciones al personal a cargo	100%	Imparto instrucciones al personal a cargo	PLAN DE ENFERMERIA		
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION		
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	100%	Realizo los procedimientos al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION		
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera mi participación.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION		
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION		
Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	100%	Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	CUANDO SE REQUIERA		
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROTOCOLOS INSTRUCIONALES		
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL		
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA		
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA		
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA		
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO SE REQUIERA		
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION		
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA		
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)		
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN		
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras):	\$ 1.647.648	UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE			
Leidy Johanna Rodriguez P.		RODOLFO DUARTE CELY			
LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS		RODOLFO DUARTE CELY			



Referencia pago(PIN) 8805174150

Periodo Servicio 202005

PAGADA 2020-06-04

Razón Social	LEIDY JOHANA RODRIGUEZ PALACIOS		
Documento	CC 53096006	Dirección	CR 79 D N 60 B 68
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	328548079
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
			Total Afiliados 1

Documento	CC 53096008	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00							
					RODRIGUEZ PALACIOS LEIDY JOHANA			
					11001000 - 11			
					BOGOTA D.C.			

[illegible][illegible]

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 6 /2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900,959,048-4

DEBE A:

LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS

C.C. 53096006 DE BOGOTA

La suma de UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE \$ 1.647.648 por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de enfermeria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, como JEFE DE ENFERMERIA durante el periodo del 1 al 30 de JUNIO de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4433-2020

Leidy Johanna Rodriguez P.
LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS

C.C. 53096006 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA
Número 578538951