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
Fecha de aprobación	02/15/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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			7			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	32031	FECHA	31/07/2020			
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 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	8	2020		31	8	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 JULIO 186 HORAS y EN AGOSTO 186 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15.697.280
VALOR EJECUTADO	$15.240.744
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.192.318
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$456.536
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97 %

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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1031845287	$1.276.927,20	$159.616	$204.308	3	$31.106	$395.030
1031941485						

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes AGOSTO 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
LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	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**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	8	2020		31	8	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS			**C. C.**	53.096.006			**DE**	BOGOTA	

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 **SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	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%	Cumplo 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	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad,	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 INSTIRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	100%	Elaboraro 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%	Participare 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	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUANDO LO REQUIERAN

TOTAL A PAGAR :	**$ 3.192.318**	**TRES MILLONES CIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE**

Fecha: jul-20

Leidy Johanna Rodriguez

LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS CC 53096006

RODOLFO DUARTE CELY

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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 $ 3.192.318 por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como JEFE DE ENFERMERIA durante el periodo del 1 al 31 de AGOSTO de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4647-2020

leidy Johanna Rodriguez

LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS

C.C. 53096006 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRC **BANCO** BANCO BOGOTA

NUMERO 578538951

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-08-15, 01:13:30 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1031845287 **Referencia pago(PIN)** 8819877530

Periodo Cotización 202007 **Periodo Servicio** 202007

Cliente:

PAGADA 2020-08-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY JOHANA RODRIGUEZ PALACIOS				
Documento	CC 53096006	**Dirección**	CR 79 D N 60 B 68		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3226548079		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53096006						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	RODRIGUEZ PALACIOS LEIDY JOHANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.004.400	230301		16 %	$ 1.004.400	$ 160.800	$ 0	$ 0	EPS044		12.5 %	$ 1.004.400	$ 125.600	$ 0	14-23	3	2.436 %	$ 1.004.400	$ 24.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.800	$ 0	$ 0	$ 125.600	$ 24.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 310.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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	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				7			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP			FECHA	31/07/2020			
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 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	8	2020		31	8	2020			
	$30.000										
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. AJUSTE VALOR HORA MES AGOSTO

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.084.962
VALOR EJECUTADO	$17.628.426
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.387.682
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$456.536
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97 %

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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1031845287 1031941485	$1.276.927,20	$159.616	$204.308	3	$31.106	**$395.030**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes AGOSTO 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

LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:		URGENCIAS		**Sede: UNIDAD FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	4433-2020	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	8	2020		31	8	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS		**C. C.**	53.096.006		**DE**	BOGOTA		

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 **SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	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%	Cumplo 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	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad,	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 INSTIRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	100%	Elaboraro 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%	Participare 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	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUANDO LO REQUIERAN

TOTAL A PAGAR :	**$ 2.387.682**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE**

Fecha: jul-20

leidy Johanna Rodriguez

LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS CC 53096006

RODOLFO DUARTE CELY

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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 $ 3.192.318 por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como JEFE DE ENFERMERIA durante el periodo del 1 al 31 de AGOSTO de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4647-2020

leidy Johanna Rodriguez

LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS

C.C. 53096006 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORRC **BANCO** BANCO BOGOTA
NUMERO 578538951

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-08-18, 03:47:54 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1031845287 **Referencia pago(PIN)** 8819877530

Periodo Cotización 202007 **Periodo Servicio** 202007

Cliente:

PAGADA 2020-08-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY JOHANA RODRIGUEZ PALACIOS				
Documento	CC 53096006	**Dirección**	CR 79 D N 60 B 68		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3226548079		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53096006						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	RODRIGUEZ PALACIOS LEIDY JOHANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.004.400	230301		16 %	$ 1.004.400	$ 160.800	$ 0	$ 0	EPS044		12,5 %	$ 1.004.400	$ 125.600	$ 0	14-23	3	2.436 %	$ 1.004.400	$ 24.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.800	$ 0	$ 0	$ 125.600	$ 24.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 310.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-08-18, 06:47:50 PM **Tipo Planilla** N **Número Planilla** 1031941485 **Referencia pago(PIN)** 8808591430

Planilla Corregida Nro 1031845287 **Periodo Cotización** 202007 **Periodo Servicio** 202007

Cliente:

PAGADA 2020-08-18

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY JOHANA RODRIGUEZ PALACIOS				
Documento	CC 53096006	**Dirección**	CR 79 D N 60 B 68		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3226548079		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53096006		**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.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
							C								0	30	30	30	0			$ 1.267.000	230301		16 %	$ 1.267.000	$ 202.800	$ 0	$ 0	EPS044		12,5 %	$ 1.267.000	$ 158.400	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.267.000	$ 30.900	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 42.000	$ 0	$ 0	$ 32.800	$ 6.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 81.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!