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. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud 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					10		
NÚMERO DE CDP	**1723**	FECHA	**26/11/2020**	**NÚMERO DE CRP**		**54685**	**FECHA**	**30/11/2020**			
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	12	2020		31	12	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. NOVIEMBRE 174 HORAS + DICIEMBRE 186 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$33.137.433
VALOR EJECUTADO	$32.914.314
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.192.318
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$223.119
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99 %

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
8821284670 / 1034311658	$1.194.544,80	$149.318	$191.127	3	$29.099	$369.544

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes DICIEMBRE 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	12	2020		31	12	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 con el objeto del contrato.	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 CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS MONEDA CORRIENTE**

Fecha:

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.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	JUNIO - LEIDY JOHANA RODRIGUEZ.pdf	JUNIO - LEIDY JOHANA RODRIGUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO - LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS.pdf	JULIO - LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO - LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS.pdf	AGOSTO - LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE - LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ.pdf	SEPTIEMBRE - LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE - LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS.pdf	OCTUBRE - LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE - LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ.pdf	NOVIEMBRE - LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 DICIEMBRE de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4433-2020

Leidy Johanna Rodriguez

LEIDY JOHANNA RODRIGUEZ PALACIOS

C.C. 53096006 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS **BANCO** BANCO BOGOTA

NUMERO 578538951