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	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.pinedal11@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 10 DE 10			
NÚMERO DE CDP	1597	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP	47713	FECHA	2020-11-06			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de rehabilitacion 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	11	2020		30	11	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:	$29.479.216
VALOR EJECUTADO	$29.479.216
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 **mínimo** 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
46616849	$1.147.099,00	$143.387	$183.536	3	$27.943	**$354.867**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil VEINTE (2020) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Alba Edith López

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LEYDI JOHANA PINEDA

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	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	
			1	11	2.020		30	11	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES		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 area de rehabilitacion 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 clinica
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 clinica
3. Valorar integralmente a los pacientes particulares según especialidad solicitada.	SI	3. Valorar integralmente a los pacientes particulares según especialidad solicitada.	Registro en historia clinica
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 clinica
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 a	SI	7. Responder por el cumplimiento de las metas institucionales asigna	Registro en historia clinica
8. Entrega oportuna de los soportes para la facturación de la lír	SI	8. Entrega oportuna de los soportes para la facturación de la línea s	Registro en historia clinica
9. Utilizar de manera racional los recursos asignados a la presta	SI	9. Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación	Aplicacion de manual de calidad en la institucion
10. Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definido	SI	10. Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en	Aplicacion de manual de calidad en la institucion
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 clinica
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 clinica
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 clinica
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.	Atencion 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)

supervisor: Alba Edith Lopez

de recibido

Fecha : dd/mm/aaaa Firma

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018445046	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES	CLL 6 A N 89 47 TINTALA FASE 6 CS 51	4494803	LJ.PINEDAL11@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-10	2020-10	I	11/11/2020	46616849	TOTAL A PAGAR	
					$355.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	143.400	0		0		0	0	0	0	143.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	183.600	0	0	0	0	0	0		183.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	28.000				28.000	0	0	28.000			280	28.000	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	143.400	143.400
Pensión	1	183.600	183.600
Riesgos Laborales	1	28.000	28.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	355.000	355.000

PAGADA 46168419

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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 30 de Noviembre 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