| 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 BERNAL PINEDA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1010209399 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | johannasp1993@gmail.com | | | | CELULAR: | 3114585594 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | USS FONTIBON | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | medicina interna | | | | SEDE: | FONTIBON F003 | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | F003I06 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 392247110 | | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4647-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | 6 | | |
| NÚMERO DE CDP | 803 | FECHA | 26/05/2020 | NÚMERO DE CRP | | 26676 | FECHA | 30/05/2020 | | |
| 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 | 7 | 2020 | | 31 | 7 | 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 JUNIO 180 HORAS Y EN JULIO 186 HORAS

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $10.747.471 |
| VALOR EJECUTADO | $10.503.756 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3.192.318 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $243.715 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 98 % |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 43822613 | $1.235.736,00 | $154.467 | $197.718 | 3 | $30.103 | $382.287 |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes JULIO 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 BERNAL 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 | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| **Ubicación del Servicio:** | medicina interna | | | | **Sede: UNIDAD FONTIBON** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 4647-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 7 | 2020 | | 30 | 7 | 2020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | LEIDY JOHANNA BERNAL PINEDA | | **C. C.** | 1.010.209.399 | | | **DE** | BOGOTÁ | |

**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 MONEDA CORRIENTE** |
|---|---|---|

Fecha: jul-20

**LEIDY JOHANNA BERNAL PINEDA** **CC** **1010209399**

**RODOLFO DUARTE CELY**

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 | 1010209399 | LEIDY JOHANNA BERNAL PINEDA | | Carrera 88 # 6 8-76 | 3114585594 | johannabp1993@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-06 | 2020-06 | I | 06/07/2020 | 43822613 | $390.000 | |

## 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 | 154.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 154.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 197.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 197.800 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 30.200 | | | | 30.200 | 0 | 0 | 30.200 | | | 302 | 30.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 7.500 | 0 | 0 | 7.500 | 1 |

**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 | 154.500 | 154.500 |
| Pensión | 1 | 197.800 | 197.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 30.200 | 30.200 |
| CCF | 1 | 7.500 | 7.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 390.000 | 390.000 |

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:**

## LEIDY JOHANNA BERNAL PINEDA

**C.C.** **1010209399** **DE** **BOGOTA**

**La st $ 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 JULIO de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4647-2020**

## LEIDY JOHANNA BERNAL PINEDA

**C.C.** **1010209399** **DE** **BOGOTA**
CUENTA DE AHORROS **BANCO** BBVA
NUMERO 392247110