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.pineda111@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:	369-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 2 DE 3				
NÚMERO DE CDP	201	FECHA	10/02/2021	NÚMERO DE CRP	16197	FECHA	18/02/2021				
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	3	2021		31	3	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.968.188										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	NA								

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.904.564
VALOR EJECUTADO	$5.936.376
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.968.188
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.968.188
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 **$2,271,315** 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
49148816	$1.187.275,00	$148.409	$189.964	3	$28.922	**$367.295**

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de MARZO del año Dos Mil VEINTI UNO (2021) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Alba Edith Lopez

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	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS ESTACION		Sede: PABLO VI						
			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
No. DE CONTRATO:	369-2021	Periodo certificado desde el	1	3	2 021		31	3	2 021
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) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	SI	Valorar integralmente los pacientes remitidos a rehabilitación integral y habilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion	Registro en historia clinica
2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	SI	Realizar el estudio de caso de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Registro en historia clinica
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	SI	Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clinica para los diferentes servicios.	Registro en historia clinica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitacion/ rehabilitación del usuarioambulatorio u hospitalizado	SI	Asistir y participar activamente en los espacios para ctualización y fortalecimiento, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitacion/ rehabilitación del usuarioambulatorio u hospitalizado	Actas, Registro en historia clinica
5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso deabilitación /rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	SI	Informar al paciente y su familia de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Consentimiento informado, Registro en historia clinica
6) Llevar registro de la atención de las 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	SI	Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios del Gimnasio.	informe cumplimiento de objetivos
7) Participar en la programación de las actividades de la Subred.	SI	Asistir y participar activamente en los espacios para ctualización y fortalecimiento de competencias como UAT, ULC, y otras reuniones.	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	REPOSTES EVENTOS, Aplicacion de manual de calidad en la institucion
9) 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.	SI	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	REPOSTES EVENTOS, Aplicacion de manual de calidad en la institucion
10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	NO	NO APLICA	NO APLICA
11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI	Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clinica para los diferentes servicios.	Registro en historia clinica
12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	SI	Realizar las intervenciones al usuario de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Registro en historia clinica
13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	Informar al paciente y su familia de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Registro en historia clinica
14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	SI	Asistir y participar activamente en los espacios para actualizacion y fortalecimiento, análisis de protocolos	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades	SI	Realizar reporte de eventos pór aplicativo y alider según las necesidades del servicio	REPOSTES Aplicacion de manual de calidad en la institucion
16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área	SI	Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	Registro en historia clinica
17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	SI	Asistir y participar activamente en los espacios para investigacion y fortalecimiento, análisis	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	NO	NO APLICA	NO APLICA
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	SI	Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	Aplicacion de manual de calidad en la institucion
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	SI	Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios del Gimnasio.	informe cumplimiento de objetivos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **($2,968,188=) (DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO)**

supervisor: Alba Edith Lopez

Firma de recibido

Fecha : dd/mm/aaaa

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 DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO M/CTE., por concepto de: Prestar servicios asistenciales como Fisioterapeuta durante el periodo de 01 al 31 de marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **369-2021**

LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

C.C.1.018.445.46 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62444137351

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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	08/03/2021	49148816	$367.500	

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	148.500	0		0		0	0	0	0	148.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	190.000	0	0	0	0	0	0		190.000	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	29.000				29.000	0	0	29.000			290	29.000	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	148.500	148.500
Pensión	1	190.000	190.000
Riesgos Laborales	1	29.000	29.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	367.500	367.500

VALIDADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1018445046	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES		CLL 6 A N 89 47 TINTALA FASE 6 CS 51	4494803	LJ.PINEDAL11@GMAIL.COM	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
					1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGA
2021-02	2021-02	I	08/03/2021	49148816	$367.500

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALI		
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF
CC	1018445046	PINEDA LINARES LEYDI JOHANA	59	0			N																	230301	1.187.275	190.000	0	0	0	0	EPS008	1.187.275	148.500	14-11	1.187.275	3	29.000		0	0	0	0	0

PAGADA