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	15/02/25018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLADYS LEONOR ESPITIA PRIAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39622720						
CORREO ELECTRONICO:	gladysespitia_03@hotmail.com				CELULAR:	3178665752						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALAS DE CIRUGIA				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	0	%	Centro de costo	%
	FO03C01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	697-433137-04								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2172-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2			
NÚMERO DE CDP	80	FECHA	8/1/2021	NÚMERO DE CRP	12649	FECHA	31/1/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar de enfermería dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la Institución. AUXILIAR DE ENFERMERIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2021		31	3	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES POR HORA:	$9.651									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0 %								

OBSERVACIONES: Total Horas realizadas en el mes de FEBRERO 168 horas, total horas que se realizaran en el mes de MARZO 186 horas. (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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.385.258
VALOR EJECUTADO	$3.416.118
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.795.086
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.969.140
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	63%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9417417039	$995.983,00	$124.498	$159.357	3	$24.262	**$308.117**

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

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLADYS LEONOR ESPITIA PRIAS
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	3/4/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALAS DE CIRUGIA			**Sede: UNIDAD FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	2172-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			01	3	2021		31	3	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLADYS LEONOR ESPITIA PRIAS		**C. C.**	39.622.720			**DE**	FUSAGASUGA	

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
Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente.	100%	Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente.	ENTREGA DE TURNO
Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	100%	Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA
Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	100%	Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA
Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	100%	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERAN
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	100%	Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO
Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	100%	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	100%	Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	100%	Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	100%	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
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 la certificación de cumplimiento.	100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de 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 las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO LO REQUIERAN
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE PRESENTEN
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conoco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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 LO REQUIERAN
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
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

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR :	**$ 1.795.086**	**UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

Fecha: MARZO 2021

Gladys Leonor Espitia P.

CONTRATISTA: GLADYS LEONOR ESPITIA PRIAS CC 39,622,720

SUPERVISOR: RODOLFO DUARTE CELY

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39622720		ESPITIA PRIAS GLADYS LEONOR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56asur # 19b34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	921606267	9417417039	I	2021/03/04	2021/03/12	BANCOLOMBIA	8	$308,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$159,400	$0	$0	$159,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$159,400	$0	$0	$159,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,300	$0	$0	$24,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,300	$0	$0	$24,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$124,500	$0	$0	$124,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$124,500	$0	$0	$124,500
TOTAL				1	$308,200	$0	$0	$308,200

2021/03/12 02:11 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39622720		ESPITIA PRIAS GLADYS LEONOR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56asur # 19b34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pagó	Banco	Días Mora	Valor
2021-02	2021-02	921606267	9417417039	I	2021/03/04	2021/03/12	BANCOLOMBIA	8	$308,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$996,000	$159,400			$996,000	$124,500			$0	$0			$996,000	$24,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$996,000	$159,400			$996,000	$124,500			$0	$0			$996,000	$24,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$996,000	$159,400			$996,000	$124,500			$0	$0			$996,000	$24,300		$0	$0
1	CC	39622720	ESPITIA GLADYS		25-14	30	$996,000	$159,400	EPS005	30	$996,000	$124,500		0	$0	$0	14-11	30	$996,000	$24,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$996,000	$159,400			$996,000	$124,500			$0	$0			$996,000	$24,300		$0	$0

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2021/03/12 02:11 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GLADYS LEONOR ESPITIA PRIAS

CC: 39622720 DE FUSAGASUGA

La suma de $ 1.795.086 por concepto de: (Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar de enfermería dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la Institución. AUXILIAR DE ENFERMERIA) durante el periodo del 01 al 31 de MARZO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2172 - 2021.

Gladys Leonor Espitia P.

GLADYS LEONOR ESPITIA PRIAS

CC: 39622720 DE FUSAGASUGA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO: 697-433137-04

Bogotá DC, 17 de Marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO X cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO __x__cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
JOHAN ANDREY RAMIREZ ESPITIA	1000048898	HIJO	18	III SEMESTRE	UNIVERSIDAD MILITAR

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO __X___
5. SI _____ NO __X___ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO __X___ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____
8. Solicito SI _____ NO __X___ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI __X__ NO___ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO __X____

Atentamente;

FIRMA: Gladys Leonor Espitia P.
NOMBRE: GLADYS LEONOR ESPITIA PRIAS
C.C 39622720
UNIDAD SERVICOS DE SALUD FONTIBON

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14675218813

(415)7707212469981(8020) 000001467521881 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3962272 0	6	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	39622720	1991 06 28

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Cundinamarca 25	Fusagasugá 290

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ESPITIA	PRIAS	GLADYS	LEONOR

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 56 A SUR 19 B 34 BRR SAN CARLOS

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
gladysespitia_03@hotmail.com	110621	5837430	3178665752

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2000 02 14						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	20																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código:																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2019 12 12

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: ESPITIA PRIAS GLADYS LEONOR

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN VALIDEZ

Fecha generación documento PDF: 12-12-2019 06:59:08PM