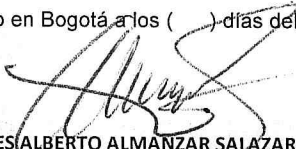


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		1031163014				
CORREO ELECTRONICO:			leidydayan27@hotmail.com				CELULAR:		3057495308				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			MEDICINA INTERNA				SEDE:		KENNEDY				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE10106	100										
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			No. 0550488414696101							PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			1455-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 de 3			
NÚMERO DE CDP		30	FECHA	8/01/2021		NÚMERO DE CRP		11975		FECHA		31/01/2021	
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO HOSPITALARIO I dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.										
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
						1	3	2021			31	3	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$6.509.814					
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%								
OBSERVACIONES: Se cobra 186 horas a razón de \$33,854 hora = \$6,296,844 y 186 horas a razón de \$1,145 por diferencia hora resolución 53 de 2021 = \$212,970													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO								VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$22.320.000					
VALOR EJECUTADO								\$12.593.688					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$6.509.814					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$9.726.312					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								56%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:													
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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							
49139969	\$2.590.552,80	\$323.819	\$414.488	3	\$63.106	\$801.413							
Dado en Bogotá a los () días del mes de marzo del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
 ANDES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA				 LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS									

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
 Fecha de aprobación: 3/04/2017
 Código: 04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA	Sede: USS KENNEDY
No. DE CONTRATO:	1455-2021	Periodo certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS	C. C. 1.031.163.014 DE Bogota

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como MEDICO HOSPITALARIO I de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno.	100%	1. Recibí y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
2. Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.	100%	2. Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.	100%	3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clínicas de cada paciente
4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.	100%	4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clínicas de cada paciente
5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias	100%	5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.	100%	6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clínicas de cada paciente
7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.	100%	7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clínicas de cada paciente
8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.	100%	8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clínicas de cada paciente
9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios de docencia servicio con que cuenta la institución.	100%	9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios de docencia servicio con que cuenta la institución, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
10. Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	100 %	asistencia a reunión mensual de actualización de la red sur occidente	asistencia
11. Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes	100%	11. Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario del mes a certificar, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parámetros éticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$6,509,814) SEIS MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL OCHOCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE


 CONTRATISTA: LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS C.C. No. 1031163014

Firma recibido supervisor: ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	08/03/2021	49139969	\$601.600

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRT y mora	Total a Pagar
Salud	1	323.900	323.900
Pensión	1	414.500	414.500
Riesgos Laborales	1	63.200	63.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	801.600	801.600

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1031163014	LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS	DIAGONAL 15 # 14 B-35 APTO 405
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	I - Independiente		

DATOS DE LA PLANILLA		
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	
2021-02	2021-02	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD		
TIPO PLANILLA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	
2021-02	2021-02	

CORREO		
CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO
FUSAGASUGÁ	CUNDINAMARCA	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES						
Tipo	No de identificación	Apellidos y Nombres	Categoría	Estrato	Código	CORRECCIÓN										Cotización	Cotización AFP	Cotización AFP	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
						RL	WCT	AVT	WCT	WCT	WCT	WCT	WCT	WCT	WCT																			
CC	1031163014	ESPINOSA CUESTAS LEIDY DAYANA	59	0	N																													

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS
C.C No. 1.031.163.014 DE BOGOTA

La suma de: (\$6.509.814) Seis millones quinientos nueve mil ochocientos catorce pesos m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios como Médico Hospitalario I en el servicio de Medicina Interna de la unidad Kennedy, durante el periodo de 1 al 31 de marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1455-2021


LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS
C.C No. 1.031.163.014 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 0550488414696101