

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CINDY CATALINA SOTELO MALDONADO										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.	1020730330					
CORREO ELECTRONICO:		catas182@gmail.com				CELULAR:	3173786889					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		Unidad Tintal										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		Consulta Externa - Hospitalización pediatría				SEDE:KE11	KE11					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11 A26	40%	KE11 I05	60%								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		550488403402560						PENSIONADO		NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		396 - 2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	627	FECHA	29/04/2021	NÚMERO DE CRP	28114	FECHA	30/04/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO PEDIATRA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	5	2021		31	5	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$13.889.008							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		NO APLICA			

OBSERVACIONES: 49 horas en Ambulatorio, 126 horas en Hospitalización, Total horas : 175Horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$67.513.280
VALOR EJECUTADO	\$48.332.536
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$13.889.008
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$19.180.744
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	72%

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
50638432	\$6.447.846,00	\$805.981	\$1.031.655	3	\$157.070	\$1.994.706

Dado en Bogotá en el mes de Mayo del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ
NOMBRES y FIRMA DEL SUPERVISOR (E.):

CINDY CATALINA SOTELO MALDONADO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:	AMBULATORIOS- HOSPITALARIOS PEDIATRIA	Sede: TINTAL KE11														
No. DE CONTRATO:	396-2021	Periodo certificado desde el														
		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> <td>2.021</td> <td></td> <td>31</td> <td>5</td> <td>2.021</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	5	2.021		31	5	2.021
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
1	5	2.021		31	5	2.021										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY CATALINA SOTELO MALDONADO	<table border="1"> <tr> <td>C. C.</td> <td>1.020.730.330</td> <td>DE</td> <td>BOGOTA</td> </tr> </table>	C. C.	1.020.730.330	DE	BOGOTA										
C. C.	1.020.730.330	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 PEDIATRA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1- cumplir con las leyes, Decretos, Acuerdos Resoluciones, Circulares de cualquier organo externo o Reglamento interno, código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	si	1) Cubrimiento para al programa de Atención Hospitalaria, con el fin de prestar servicios con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de Urgencias Pediatría y en el área de Hospitalización, cuando se requiera de sus servicios, con el fin de dar cumplimiento a los convenios y contratos con las diferentes entidades tales como el SOAT, ASR, FPD y EPS. De conformidad a la moral y de manera eficaz y oportuna. Receptividad y buen trato al paciente y a los compañeros, conocimiento y destreza los procedimientos del área para lo cual se hace la contratación.	Se cumplió en un 100% en programa de atención hospitalaria con calidad y de forma oportuna.
2. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo con el código del buen gobierno y ética Institucional y/o Profesional	si	2) Informar a la jefatura del Departamento sobre inconvenientes presentados en la prestación del servicio. Buscar y aportar soluciones para mejorar la calidad y oportunidad del mismo.	Se informa sobre inconvenientes presentados para realizar plan de mejora institucional.
3. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.	si	3) Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.	Se dispone de la mejor actitud para la atención de pacientes con calidad, siguiendo valores institucionales.
4. Pagar sus aportes al Sistema General de Salud Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cadames	si	4) Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato.	Se actúa con autonomía y profesionalismo.
5. Cumplir con las adherencias a las guías de manejo manuales instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	si	5) Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.	Se respetan los derechos de los pacientes con ética médica en cualquier ámbito hospitalario.
6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo Sistema único de acreditación, Responsabilidad social, Seguridad de la Información y control interno, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	si	6) Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, Urgencias, cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. El seguimiento por procedimiento debe ser realizado por el médico tratante hasta la evolución satisfactoria.	Se utilizan las herramientas diagnósticas y terapéuticas necesarias para la atención de
7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema único de acreditación y Sistema de Información.	si	7) Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención.	Se realizan y participan en actividades académicas institucionales teniendo en cuenta procesos de formación a diferente nivel.
8. cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel Institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del sistema Único de Acreditación: Gestión del riesgo, humanización de la atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura. Gestión de acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	si	8) Llevar y presentar controles estadísticos con fines científicos, administrativos y reportar enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiología y al interventor del contrato, recibir la capacitación en Vigilancia epidemiológica y las políticas institucionales en uso de antibióticos. Dicha información debe ser consolidada y presentada al interventor como soporte para la certificación de actividades.	Se reportan y realizan fichas epidemiológicas exigidas por el ministerio para la adecuada
9. Cumplir con las políticas gerenciales, Acuerdos Institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos definidos en el marco de operación de la subred suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	si	9) Llenar a cabalidad los formatos de las historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución respaldando toda actuación con su firma y sello.	Se realiza una adecuada historia clínica siguiendo lineamientos legales.

OBSERVACIONES: 49 horas en Ambulatorio, 126 horas en Hospitalización, Total horas : 175 Horas

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$13,889,008 TRECE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL OCHO PESOS M/CTE.

CINDY CATALINA SOTELO MALDONADO

AURA ALEJANDRA MURCIA PÉREZ - E

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

Representación Gráfica
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento		Número de Factura: CCSM-1	Código Único de Factura - CUFE: a6a030920118425d3b99f7345f647fe27b03d3e25d88b18db51d7003533ecee076e3f794145c080b89964971bb2e5c86											
Fecha de Emisión	18/05/2021	Fecha de Vencimiento	17/06/2021											
Tipo de Operación	Generica	Prefijo	CCSM											
Tipo de Negociación	Crédito	Medio de Pago	Transferecia Crédito											
Tipo de Entrega														
Datos del Emisor		Nit del Emisor: 1020730330	Razón Social:	SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA										
Nombre Comercial	SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA		Dirección	CL 174 BIS 63 64 BRR VILLA DEL PRADO										
Tipo de Contribuyente	Persona Natural		Departamento	Bogotá										
Régimen Contable	Régimen Ordinario		Correo	catas182@gmail.com										
Actividad Económica Principal	8621		Municipio	Bogotá, D.c.										
Tipo Responsabilidad	O-49		Teléfono	6712236										
Datos del Adquiriente		Nit del Adquiriente: 900959048	Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE										
Tipo de Documento	NIT		Dirección	CL 9 39 46										
Número Documento	900959048		Departamento	Bogotá										
Nombre Comercial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE		Municipio	Bogotá, D.c.										
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica		Correo	apoyousstintal@gmail.com										
Régimen Contable	No responsable de IVA		Teléfono	5551347										
Tipo de Responsabilidad	O-06													
Detalles de Productos														
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IMPUESTOS			Valor de Venta por Item			
								IVA	ICA	INC				
1	02	HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA	NIU	1,00	\$ 13.889.008,00						\$ 13.889.008,00			
Descuentos y Recargos Globales														
Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto									
Datos de Referencia														
Tipo de Documento Referencia			Número Referencia			Fecha Referencia								
Notas Finales														
HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA - MAYO 2021														
Datos Totales														
						MONEDA COP								
						TASA DE CAMBIO								
						Subtotal Precio Unitario (=)						\$	13.889.008,00	
						Descuentos detalle (-)						\$	0,00	
						Recargos detalle (+)						\$	0,00	
						Subtotal Base gravable (=)						\$	0,00	
						Total impuesto detalle (+)						\$	0,00	
						Total otros impuestos (+)						\$	0,00	
						Total mas impuesto (=)						\$	13.889.008,00	
						Descuento Global (-)								
Recargo Global (+)														
Valor total de la operación (=)						\$	13.889.008,00							
Generado por: Solución Gratuita DIAN Numero de Autorización: 18764013390981 Rango Autorizado: Desde 1 Rango Autorizado: Hasta 500 Vigencia: 2021-11-18														

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	10207903310	CINDY CATALINA SOTELO MALDONADO	CALLE 174 BIS N 63 - 64	6712236	catalis192@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					UPC
PERIODO SALUD					1
					0
2021-04	2021-04	I	14/05/2021	506394-32	TOTAL A PAGAR
					32.059.400

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	806.000	0		0		0	0	0	0	806.000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporta Voluntario Afiliado	Aporta Voluntario Aportante	Aporta FSP - Solidaridad	Aporta FSP - Substancia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230901	Old Mutual	800253055-2	1,031,700	0	0	32,300	32,300	0	0		1,096,300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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	800903790-5	157.100				157.100	0	0	157.100			1.571	157.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Sauid	1	806,000	806,000
Pensión	1	1,096,300	1,096,300
Riesgos Laborales	1	157,100	157,100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2,059,400	2,059,400

