



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LAURA MARIA SANTOS CASTAÑEDA											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.		1016036393					
CORREO ELECTRONICO:		lmsantosc@gmail.com				CELULAR:		3232165968					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		USS FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		UCI				SEDE:		Fontibon Cami II					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO03J02-CV19	100										
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA						24071961312		PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2222-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4					
NÚMERO DE CDP		30	FECHA	8/01/2021		NÚMERO DE CRP		12695	FECHA	31/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO, Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.											
PERÍODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
				1	5	2021			31	5	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA		\$17,764											
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%									
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.													
HORAS PROGRAMADAS ABRIL 180 Y MAYO 186													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO		VALORES											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		\$17.856.000											
VALOR EJECUTADO		\$15.181.728											
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$3.304.104											
VALOR A LIBERAR		\$0											
SALDO POR EJECUTAR		\$2.674.272											
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN		98,4%											
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION		NIVEL ARL	APORTE ARL		TOTAL APORTES				
9419801507	1.279.008	\$159.876		\$204.641		3	\$31.157		\$395.674				
Dado en Bogotá a los (XXX) días del mes de MAYO del año Dos Mil Ventiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
RODOLFO DUARTE CELY		LAURA MARIA SANTOS CASTAÑEDA											
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:		NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA											

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 3	Fecha de Emisión: 3/04/2017	Código: 04-01-FO-0003
Ubicación del Servicio:		Sede: UNIDAD FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	2222-2021	Periodo certificado desde el	Día Mes Año	Día Mes Año
			7 5 2.021	31 5 2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA MARIA SANTOS CASTAÑEDA		C.C.	1.016.036.393 DE BOGOTA
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería 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 ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ 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 integralidad.	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	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 INSTRUCIONALES	
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	100%	Elaboro 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%	Participo 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 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 (Número y letras):		\$ 3.304.304 TRES MILLONES TRESCIENTOS CUATROMIL CIENTO CUATRO PESOS		
LAURA MARIA SANTOS CASTAÑEDA CC 1.016.036.393		FECHA: MAYO 2021 RODOLFO DUARTE CELY		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE e ICBF
CC 1016036393		SANTOS CASTAÑEDA LAURA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 123 #13 c 75 casa 35	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3879431	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión	Salud	Planilla	Límite	Pago	Valor
2021-04	2021-04	9419801507	2021/05/24	2021/05/13	\$421,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDO E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$204,700	\$0	\$0	\$204,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$204,700	\$0	\$0	\$204,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,200	\$0	\$0	\$31,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,200	\$0	\$0	\$31,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$25,600	\$0	\$0	\$25,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$25,600	\$0	\$0	\$25,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$159,900	\$0	\$0	\$159,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$159,900	\$0	\$0	\$159,900
TOTAL				1	\$421,400	\$0	\$0	\$421,400

DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LAURA MARIA SANTOS CASTAÑEDA

C.C 1016036393 DE BOGOTÁ

La suma de 3.304.104, por concepto de: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermería, 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. Durante el periodo del 01 al 31 de MAYO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 2222-2021

(LAURA MARIA SANTOS CASTAÑEDA)

LAURA MARIA SANTOS CASTAÑEDA

C.C 1016036393 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24071961312