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-0003	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIAN ROCIO GUAQUETA GUTIERREZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53.106.945						
CORREO ELECTRONICO:	LILIANROCIO53@GMAIL.COM				CELULAR:	3232368579						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Oficina Asesora de Desarrollo Institucional				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10T08	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570117101								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	173-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 5		
NÚMERO DE CDP	598	FECHA	23/04/2021	NÚMERO DE CRP	24484	FECHA	30/04/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo alas necesidades de la institución.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	6	2021		30	6	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.422.440								
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.112.200
VALOR EJECUTADO	$7.112.200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.422.440
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 $2271315, 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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9420224972	$908.526,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Veinte (2021)anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Lilian Rocio Guaqueta

Dra. MARÍA INÉS RESTREPO RESTREPO
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo I. (E)

LILIAN ROCIO GUAQUETA GUTIERREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:				**Sede:**					
No. DE CONTRATO:	173-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIAN ROCIO GUAQUETA GUTIERREZ		**C. C.**	53.106.945		**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 AUXILIAR 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
. El contratista seobliga para con elcontratante a realizar las siguientes actividades: Especificas 1. Recibir y entregar las actividades objetode su contrato, en el grupo asignado registrando las novedades presentadas y las actividades desarrolldas al 100 %. 2. Realizar lostraslados solicitados en el vehiculo institucional pra el recibo y entrega de las historias clinicas a las diferentes sedes de la unidad de kennedy (tintal, floralia,hospital, paps, depositos de archivo) velando por ejercer el control interno con los registros de las planillas establecidas para tal fin tanto al recibo como a la entrega. 3. Recibir del personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas evoluciones y demás documentos de la historia clinica a traves del RIPS, planillas de control, radicados otros velando por su organizacion, foliado, control y custodia. 4. Entregar al personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas solicitadas para atencionde paciente o auditorias garantizando el control, custodia a traves de los RIPS o planillas según el procedimiento. 5. Realizar la organización foliado escaneado o digitalizacion y prestamo de las historias clinicas de con egreso o solicitadas para la atención de pacientes o auditoria. 6.Realizar la entrega y recibo de las historias clinicas oportunmente entre el Hospital y el archivo de Gestión a través de las planillas establecidas según el procedimiento institucional. 7. Generar el consecutivo de consulta de RIPS radicados y demás documentos soporte adelantando las actividades relaciaondas con el prestamo de historias y consulta de las mismas en los servicios etablecidos para los servivios y radicados. 8. Garantizar diariamenre la cosulta externa y ambulatoria desarrollando las acciones de este procedimiento elaboracion de carpetas y sticker. 9. Responder por el correcto almacenamiento y manejo de los archivos de historias clinicas , garantizando al 100 % la ubicacion de historias clinicas solicitadas, su archivo y desarchivo con sus documentos soporte de conformidad con la normatividad urgente. 10. Garantizar el 100% la respuesta oportuna a los requerimientos y solicitudes de historias clinicas realizadas por los usuarios . entes de control, oficias y demás partes interesadas de la Unidad o Subred llevando el control sobre la solicitud,radicación y entrega. 11. Gestionar el 100% de la información que se requiere sobre historias clinicas o para el apoyo de área con fines de elboración de informes internos y externos acordes con la ley. 12 Realizar al 100% el escaneo de las historias clinicas garantizando la calidad de las mismas. 13. Mensualmente garantizar las historias clinicas en prestamo han sido devueltas en su totalidad asi como el seguimiento a las solicitadas y no han sido prestadas. 14. Atender con amabilidad las ventanillas,oficinas recibiendo,verificando, y controlando diariamente la documentación historias clinicas documentos soportes según el procedimiento establecidospra archivo. 15. Realizar el inventario documental de las historias clinicas para tranferencia en el formato unico institucional y el inventario documental del archivo de Gestión de las historias clinicas.	**100%**	DIGITALIZACION CONTRAREFERNCIA	750
		ORGANIZACIÓN DE CONSECUTIVO	750
		VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS	750

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ $1,422,440 Un millon cuatrocientos veitidosmil cuatrocientos cuarenta pesos m/cte

LILIAN ROCIO GUAQUETA GUTIERREZ C.C 53106945

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Lilian Rocio Guaqueta

Firma de recibido supervisor:

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

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 53106945		GUAQUETA GUTIERREZ LILIAN ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 27G 71D 54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-05	2021-05	1013359507	9420224972	I	2021/06/11	2021/06/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 53106945	GUAQUETA LILIAN	230301	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

Lilian Rocio Guaqueta
53106945 Bogota

2021/06/04 03:25 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LILIAN ROCIO GUAQUETA GUTIERREZ

CC 53.106.945 DE BOGOTA

La suma de $1.422.440 por concepto de: Prestación de Servicios como Auxiliar Administrativo en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo de 1 al 30 de junio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 173 – 2021

Lilian Rocio Guaqueta

LILIAN ROCIO GUAQUETA GUTIERREZ

CC 53.106.945 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570117101