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-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LUZ MARGARITA CALDAS SUAREZ											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.	52690614						
CORREO ELECTRONICO:		margaritacaldas@yahoo.es				CELULAR:	3102491180						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						USS FONTIBON							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		ORTOPEDIA				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO03C11	60	FO03B04	40									
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		6486999219							PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		6015-2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1					
NÚMERO DE CDP	718	FECHA	19/05/2021	NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ORTOPEDISTA ,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 FONTIBÒN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.										
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
			27	5	2021		31	5	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$81692 V/Hora									
TIPO DE SERVICIOS		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.mayo 36 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$17.220.274
VALOR EJECUTADO	$2.940.912
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.940.912
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$14.279.362
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	

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 **$2.271315**, 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
1036827938	$908.526	$113.566	$145.364	5		**$258.930**

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

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ MARGARITA CALDAS SUAREZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**					**Sede: UMHES FONTIBON CAMI DOS**				
No. DE CONTRATO:	**6015-2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			27	5	21		31	5	21	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**LUZ MARGARITA CALDAS SUAREZ**	**C. C.**	52.690.614	**DE**	BOGOTA					

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales Especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de ortopedia y traumatologia 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 X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	100%	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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%	Llevo el 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	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Participar en la programación de actividades del área.	100%	Participo en la programación de actividades del área.	CUANDO LO REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	100%	Reporto 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, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	100%	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	ORDENES MEDICAS
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 su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	CUANDO SE REQUIERA
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 su participación.	CUANDO SE REQUIERA
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.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	100%	Emito conceptos médicos que se le requieran.	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.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	100%	Elaboraro 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	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 de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	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 INSTITUCIONAL
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	100%	Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	CUANDO SE REQUIERA
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):	**$ 2.940.912**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS M/CTE**

LUZ MARGARITA CALDAS SUAREZ
C.C. 52690614

Fecha : ENERO 2021

RODOLFO DUARTE CELY

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-05-05, 10:54:04 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1036827938

Periodo Cotización 202104 **Periodo Servicio** 202104

Cliente:

PAGADA 2021-05-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ MARGARITA CALDAS SUAREZ				
Documento	CC 52690614	**Dirección**	Calle 114A No 58-65 Apt 603		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	9249714		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52690614						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00	Residente		Exonerado	N	CALDAS SUAREZ LUZ MARGARITA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 1.000.000	230901		16 %	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
OLD MUTUAL SKANDIA	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ MARGARITA CALDAS SUAREZ

C.C 52.690.614 DE BOGOTA

La suma de **$ 2.940.912** por concepto de: PRESTAR SERVICIOS COMO ORTOPEDISTA, 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 FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la institución durante el periodo del 27 al 31 de mayo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de servicios No 6015-2021.

Margarita Caldas S.

LUZ MARGARTA CALDAS SUAREZ

C.C 52.690.614 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 6486999219

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59403939

59403939

NUIP 1019917322

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 42 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PLATA	CALDAS

Nombre(s)
ELENA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes SEP Día 19	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15007889-2

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: CALDAS SUAREZ LUZ MARGARITA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52690614	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: PLATA PRADA OSCAR FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80024612	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PLATA PRADA OSCAR FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80024612	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número): Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes SEP Día 20	NOHORA EMILCE AGUILAR BECERRA (E)
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EN BLANCO

NOTARIA CUARENTA Y DOS

República de Colombia 42 Nohora Emilce Aguilar Becerra Notaria Encargada

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1019920314

Indicativo Serial 58216384

5821638 4

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 42 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA ---------- CUNDINAMARCA ---------- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PLATA	CALDAS

Nombre(s)

GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ENE Día 18	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ------ CUNDINAMARCA ------- BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	163409666

Datos de madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

CALDAS SUAREZ LUZ MARGARITA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52690614	COLOMBIANA

Datos de padre o madre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

PLATA PRADA OSCAR FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80024612	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PLATA PRADA OSCAR FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80024612	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes ENE Día 25	JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO Notario 42 Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NO SE ESTAMPAN HUELLAS, CONFORME A LA CIRCULAR CONJUNTA 037 DE 27 DE MARZO DE 2020 EXPEDIDA POR LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL Y LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO.

Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42 Notaría 42 Círculo Notarial de Bogotá D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Allianz

Allianz Seguros de Vida S.A.

NIT 860.027.404-1

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **LUZ MARGARITA CALDAS SUAREZ**, identificado (a) con CC **52690614** contrató para el año 2020 la póliza de salud N°**021811734** a través de Allianz Seguros de Vida S.A y registro pagos por concepto de primas de los asegurados asociados a esta póliza, los cuales se relacionan a continuación:

ASEGURADOS:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PRIMA
LUZ MARGARITA CALDAS SUAREZ	CC-52690614	Asegurado principal	4.118.400,00
SUAREZ HERNANDEZ, MARGARITA	CE-127968	Madre	16.526.900,00
PLATA CALDAS ELENA	RC-1019917322	Hijo	2.699.499,99
		TOTAL	23.344.799,99
		IVA	1.167.239,99
		TOTAL + IVA	**24.512.039,98**

LA SUMA DE: 24.512.039,98 (VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS DOCE MIL MIL TREINTA Y NUEVE PESOS CON NOVENTA Y OCHO CENTAVOS)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los 15 días del mes de Enero de 2021 (15/01/2021), de acuerdo a lo establecido por el artículo 87 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,

Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.