| 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. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | FLOR YOLANDA QUINTERO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 39649515 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | yolisquintero23@gmail.com | | | | CELULAR: | 3125546081 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | Bosa | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Desarrollo Institucional | | | | SEDE: | Bosa | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | B035T08 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 488404133305 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 165 DE 2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 3 de 3 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 31 | FECHA | 08/01/2021 | NÚMERO DE CRP | 15370 - 10781 | FECHA | 16/02/2021 - 31/01/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa en el area de desarrollo institucional dentro de los diferentes procesos y precedimientos de la SUBRED INTEGREDA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.** | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 4 | 2021 | | 30 | 4 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.422.440 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

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: | $4.267.320 |
| VALOR EJECUTADO | $4.267.320 |
| 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 $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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8612643095 | $877.803,00 | $113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | **$281.200** |

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de abril del año Dos mil veinte (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**Dra.LILIANA RIOS VELANDIA**
Jefe Oficina Asesora De Desarrollo Institucional

Flor Yolanda Quintero

**FLOR YOLANDA QUINTERO**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| **Ubicación del Servicio:** | Desarrollo Institucional - Gestion Documental | | | | | | | **Sede: BOSA** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 165-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | | |
| | | | 1 | 4 | 2.021 | | 30 | 4 | 2.021 | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | FLOR YOLANDA QUINTERO | | **C. C.** | 39.649.515 | | | **DE** | BOGOTA | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinacion ni relacion laboral alguna, prestara sus servicios y conocimientos como Auxiliar administrativo de procesos en gestion documental 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 |
|---|---|---|---|
| a. Apoyar en archivo y desarchivo de las historias clinicas para consulta medica, salas de cirugia programada, listados para auditorias y en el área financiera, urgencias,hospitalizacion,colposcopias. | 100% | se recogieron y se organizaron para archivo , recoleccion historias clinicas ambulatorias | 1000 historias clinicas para glosas, archivadas 2354 carpetas |
| b. Verificar y controlar los prestamos de historias clinicas en los libros de prestamo y listados del area financiera, consulta desaparecidos. | 100% | se entregaron a usuario | 21 externo |
| c. Elaborar material para el manejo de las historias clinicas | 100% | se imprimieron | 980 carpetas |
| d. Se realizo ingreso al sistema DINAMICA de historias clinicas manuales, Consulta Externa, Consentimientos informados y demas | 100% | se escanearon y subieron al sistema | 41550 folios , 27900 historias clinicas |
| e. Realizar el inventario de Historias clinicas para enviar a archivo central (FUI) | 0% | | |

**OBSERVACIONES: Se atendio publico para resumenes de historias clinicas, , se realiza busqueda en cajas de historias clinicas para entrega de resumenes y consulta.**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,422,440 (UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE )**

Flor Yolanda Quintero

FLOR YOLANDA QUINTERO - C.C.: 39644515 BOGOTA
CONTRATISTA

Dra.LILIANA RIOS VELANDIA - Jefe Oficina Asesora De Desarrollo Institucional
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

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

Banagrario

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | FLOR YOLANDA QUINTERO |
| IDENTIFICACION: | CC-39649515 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2021-04-12 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2021-04-08 |
| FECHA DE PAGO: | 2021-04-12 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2021-03 |
| PERIODO SALUD: | 2021-03 |
| NUMERO PLANILLA: | 8612643095 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8603110987 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 860066942 | COMPENSAR-EPS | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 113.600 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 22.200 | $ 22.200 |
| CCF24 | 860066942 | COMPENSAR-CCF | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 18.200 | $ 18.200 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 299.400 | $ 299.400 |

flor yolanda Quintero
39649515

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 06/05/2021 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**FLOR YOLANDA QUINTERO**

**CC 39649515 DE BOGOTÁ**

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 abril 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 165-2021.

Flor Yolanda Quintero

**FLOR YOLANDA QUINTERO**

**CC 39649515 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 488404133305**