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
		Fecha de aprobación	15/2/2018
		Código:	04-02-FO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**JOSE EDWIN MORALES ESPITIA**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	**1.032.443.274**							
CORREO ELECTRONICO:	joseedwin1@gmail.com				CELULAR:	**3212842722**							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
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	%	
	FO03T08	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24064123910								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**174**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**5 DE 5**			
NÚMERO DE CDP	**598**	FECHA	23/4/2021	**NÚMERO DE CRP**	**24485**	**FECHA**	**30/4/2021**			
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 $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
1037721248	$908.526,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

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

Dra. MARIA INES RESTREPO RESTREPO
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (E)

JOSE EDWIN MORALES ESPITIA
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	3
Fecha de aprobación	15/2/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:				**Sede: USS FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	174-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE EDWIN MORALES ESPITIA		**C. C.**	1.032.443.274		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion Administrativa y/o asistencial en la direccion Administrativa de los diferentes procesos y Procedimientos de la SUBRED INTEGRADA 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
. 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 vehiculó 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 atenciondel 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 cóntrol 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%**	HISTORIAS DESARCHIVADAS	1.980
		HISTORIAS UNIFICADAS	360
		HISTORIAS ENCARPETADAS	170
		HISTORIAS ARCHIVADAS	3600

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ $1,422,440 un millon cuatroscientos veintidos mil cuatroscientos cuarenta pesos m/cte

JOSE EDWIN MORALES ESPITIA
NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 1032443274 BTA.

Firma de recibido supervisor MARIA INES RESTREPO RESTREPO (E):

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-06-09, 07:13:42 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1037721248

Periodo Cotización: mayo de 2021 **Periodo Servicio:** mayo de 2021

PAGADO 08/06/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE EDWIN MORALES ESPITIA		
Documento	CC1032443274	**Dirección**	CRA 49 B N 59 A 42 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3212842722
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1032443274	JOSE EDWIN MORALES ESPITIA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 908.526	$ 145.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOSE EDWIN MORALES ESPITIA

CC 1.032.443.274 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 junio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 174 – 2021

JOSE EDWIN MORALES ESPITIA

CC 1.032.443.274 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24064123910