Secretaria 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-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN URBANA AHUMADA COLLAZOS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	32823426							
CORREO ELECTRONICO:	carmenadbnutricionista@gmail.com				CELULAR:	3023769379							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10P04	70%	KE10P05	20	KE10A35	10							
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0175504067								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2588-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 3				
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP		12983	FECHA	31/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de nutricion 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.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	2	2021		28	2	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.304.104										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.912.312
VALOR EJECUTADO	$3.304.104
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.304.104
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.608.208
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	34%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
48535990	$1.235.736	$154.500	$197.800	3	$30.200	$382.500

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

VIVIANA TEJERA PALACIO
LIDER SUBPROCESO DE NUTRICION

CARMEN AHUMADA COLLAZOS cc 32823426
NUTRICIONISTA DIETISTA

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
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Nutricion y Dietetica			**Sede: Kennedy**						
No. DE CONTRATO:	2588-2021	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	2	2.021		28	2	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN AHUMADA COLLAZOS		**C. C.**	32.823.426			**DE**	SOLEDAD		

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 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
1. Realizar la revista diaria en los servicios de hospitalización asignados para generar las órdenes de solicitud de dietas. 2. Elaborar los listados de las órdenes de solicitud de dietas para cada paciente. 3. Realizar las valoraciones nutricionales a los pacientes que lo requieran. 4. Reportar las ordenes las ordenes de solicitud de dietas y formulas lácteas en los horarios establecidos para cada tiempo de comida. 5. Atender la consulta externa de nutrición dependiendo de la demanda presentada. 6. Responder valoraciones nutricionales según los requerimientos de los diferentes servicios de hospitalización. 7. Participar en la elaboración, revisión y actualización de procesos y guías de manejo asegurando adherencia a las mismas. 8. Diligenciar correctamente la historia clínica cuando haya que dejar registro de atención del paciente. 9. Genera las modificaciones a las órdenes de solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario. 10. Participar en los grupos organizados para dar capacitación nutricional en los temas solicitados por los coordinadores de los mismos. 11. Generar los registros de información necesarios para informes estadísticos. 12. Consolidar información estadísticas de cuerdo a los requerimientos del área. 13. Registrar, consolidar y presentar los informes estadísticos con la oportunidad y periodicidad requerida. 14. Realizar la valoración del 100% de los pacientes atendidos en la unidad renal según los horarios establecidos. 15. Realizar recomendaciones nutricionales.16. Coordinar con el médico los suplementos a prescribir a los pacientes segun valoración nutricional. 17. Supervisar la servida de las dietas y de los refrigerios.	100%	• Elabore los listados de órdenes de dieta de los siguientes servicios: unidad de recien nacidos, 3 piso ginecologia, uci primer piso nuevo .* Diligencié el formato de solicitud de nueves, onces y refrigerios para los servicios ginecologia, uci primer piso, primer piso de urgencias, sala de partos, sala de recuperacion, uci pediatrica, para todos los pacientes programados. • Generé las modificaciones a las órdenes de la solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario. • Di respuesta oportuna a las valoraciones nutricionales que se solicitan en cada servicio de urgencias 1er piso• Diligencié correctamente en la historia clínica cuando haya que dejar registros de atención del paciente y soporte nutricinal.. • Realicé recomendaciones nutricionales. Realizar ronda para la prescripcion dietaria del desayuno, almuerzo y ce por servicio asignado, verificando gustos y preferencias por por paciente, para mejorar el estado nutricional de cada uno; el ideal para hacer esta actividad es realizar tamizaje nutricional, lo cual nos permite detectar el riesgo de mal nutricion hospitalaria. (Se puede realizar en cualquier ronda del dia). * Conteo de dietas para actualizacion de censo. * Actualizacion del tablero para el desayuno y el resto de servicios. * Elaboracion de refrigerios para hacer entrega a las 9 de la mañana en el servicio. * Supervision en la distribucion por cada servicio. * Recoger interconsultas si hay para algun servicio y dar respuestas a ella. * Dejar los listados actualizados para el siguiente dia. .Se realiza consulta externa medio tiempo en el hospital Kennedy.	• Elabore los listados de órdenes de dieta de los siguientes servicios 3 piso ginecologia, primer piso de urgencias .* Diligencié el formato de solicitud de nueves, onces y refrigerios para los servicios 3 piso ginecologia, primer piso de urgencias, sala de partos, sala de recupracion, uci pediatrica, para todos los pacientes programados. • Generé las modificaciones a las órdenes de la solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario. • Di respuesta oportuna a las valoraciones nutricionales que se solicitan en cada servicio, Diligencié correctamente en la historia clínica cuando haya que dejar registros de atención del paciente y soporte nutricinal.. • Realicé recomendaciones nutricionales. Realizar ronda para la prescripcion dietaria del desayuno, almuerzo y cena por servicio asignado, verificando gustos y preferencias por por paciente, para mejorar el estado nutricional de cada uno; el ideal para hacer esta actividad es realizar tamizaje nutricional, lo cual nos permite detectar el riesgo de mal nutricion hospitalaria. (Se puede realizar en cualquier ronda del dia). * Conteo de dietas para actualizacion de censo. * Actualizacion del tablero para el desayuno y el resto de servicios. * Elaboracion de refrigerios para hacer entrega a las 9 de la mañana en el servicio. * Supervision en la distribucion por cada servicio. * Recoger interconsultas si hay para algun servicio y dar respuestas a ella. * Dejar los listados actualizados para el siguiente dia. .Se realiza consulta externa medio tiempo en el hospital Kennedy.

TOTAL A PAGAR (3304104): $ TRES MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTOCUATRO MIL PESOS

Carmen Ahumada 32823426

CARMEN URBANA AHUMADA COLLAZOS CC 32823426

Fecha : 28/02/2021 Firma de recibido supervisor

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Carmen Urbana Ahumada Collazos

C.C 32.823.426 De Soledad (Atlántico)

La suma de $3304104, por concepto de: Prestación de servicios como nutricionista en el área de nutrición sede Kennedy, durante el periodo del 1 al 28 de febrero del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2588-2021.

Carmen Urbana Ahumada Collazos

C.C 32.823.426 De Soledad (Atlántico)

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 0175504067

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	32823426	CARMEN URBANA AHUMADA COLLAZOS	gig 31b sur n 24a 26	3023769379	carmenadbnutricionista@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	09/02/2021	48535990	$382.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	154.500	0		0		0	0	0	0	154.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	197.800	0	0	0	0	0	0		197.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	30.200				30.200	0	0	30.200			302	30.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	154.500	154.500
Pensión	1	197.800	197.800
Riesgos Laborales	1	30.200	30.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	382.500	382.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	32823426	CARMEN URBANA AHUMADA COLLAZOS	gig 31b sur n 24a 26	3023769379	carmenadbnutricionista@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	09/02/2021	48535990	$382.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	32823426	AHUMADA COLLAZOS CARMEN URBANA	59	0			N																	230301	1.235.736	197.800	0	0	0	0	EPS008	1.235.736	154.500	14-11	1.235.736	3	30.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	32823426	AHUMADA	COLLAZOS	CARMEN	URBANA	2020-12	COMPENSAR E.P.S	COTIZANTE
CC	32823426	AHUMADA	COLLAZOS	CARMEN	URBANA	2017-05	COOMEVA E.P.S S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
COMPENSAR E.P.S	12/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	03/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 89 Registros en 9 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar