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:	4-02-FO-000	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA YANETH CARO MOSQUERA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.467.510							
CORREO ELECTRONICO:	claudiay8004@gmail.com				CELULAR:	3208131247							
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Oficina asesora desarrollo institucional - Historias clinicas y gestion documental				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	T 08	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		570121095							PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2951-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		11 DE 12		
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	28/11/2018	NÚMERO DE CRP	47588	FECHA	30/11/2018	
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 SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**							

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	12	2018		31	12	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000							
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:	$14.375.000
VALOR EJECUTADO	$13.666.667
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$625.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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 **$1,953,105** 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
1016476763	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de DICIEMBRE del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA RIOS VELANDIA
JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Claudia Yaneth Caro

CLAUDIA YANETH CARO MOSQUERA
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:			**Sede:**							
No. DE CONTRATO:	**2951 - 2018**	**Período certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	12	2.018		31	12	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**CLAUDIA YANETH CARO MOSQUERA**		**C. C.**		**52.467.510**		**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 XXXXXXX 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 atencionel paciente o auditorias garantizando el control, custodia a traves de los RIPS o planillas según el procedir	100%	GENERAR LISTADOS DE CONSULTA DE ANESTESIA Y HACER PROCESO DE ARREGLO Y PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS	GENERAR LISTADOS DE CONSULTA DE ANESTESIA Y HACER PROCESO DE ARREGLO Y PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS UN TOTAL DE 620
		GENERAR LISTADO CONSULTA DE CX VASCULAR Y JUNTA MEDICA Y HACER PROCESO DE ARRLEGLO Y PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS	GENERAR LISTADO CONSULTA DE CX VASCULAR Y JUNTA MEDICA Y HACER PROCESO DE ARRLEGLO Y PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS UN TOTLA DE 105
		GENERAR LISTADO DE CX AMBULATORIAS HACER PROCESO DE ARREGLO T PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS	GENERAR LISTADO DE CX AMBULATORIAS HACER PROCESO DE ARREGLO T PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS UN TOTAL 437
		CREAR NUMERO DE CARPETA A HISTORIAS CLINICAS QUE NO SE ENCUENTRAN REGISTRADAS EN LA UNIDAD DE KEENDY	CREAR NUMERO DE CARPETA A HISTORIAS CLINICAS QUE NO SE ENCUENTRAN REGISTRADAS EN LA UNIDAD DE KENNEDY UN TOTAL 120

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.250.000 Un millon doscientos mil pesos m/cte

CLAUDIA YANETH CARO

CLAUDIA YANETH CARO MOSQUERA CC 52'467.810 BTA

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Firma de recibido supervisor:

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 2018-12-11, 08:47:20 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016476763 **Referencia pago(PIN)** 8894457790

Periodo Cotización 201811 **Periodo Servicio** 201811

Cliente:

PAGADA 2018-12-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA YANETH CARO MOSQUERA				
Documento	CC 52467510	**Dirección**	diagonal 74 # 78 i 16		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208131247		
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 52467510		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					CARO MOSQUERA CLAUDIA YANETH	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																				Extranjero	S. Integral	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	30	0			$ 781.242	231001		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-28	3	2,436 %	$ 781.242	$ 19.100	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
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

Claudia YANETH CARO

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!