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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LILIAN ROCIO GUAQUETA GUTIERREZ								
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		53.106.945			
CORREO ELECTRONICO:			LILIANROCIO53@GMAIL.COM				CELULAR:		3208965873			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:							Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			GESTION DOCUMENTAL				SEDE:		Kennedy			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	R35	100										
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			570117101						PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			SO-2954-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4	
NÚMERO DE CDP	793	FECHA	18/04/2018		NÚMERO DE CRP	22201	FECHA		30/04/2018	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativa 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	5	2018		31	5	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1.250.000							
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%			$0				
OBSERVACIONES:										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.000.000
VALOR EJECUTADO	$5.000.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
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 $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
8478967461	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

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

MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Lilian Rocio Guaqueta

LILIAN ROCIO GUAQUETA GUTUERREZ
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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:			Sede:						
No. DE CONTRATO:	SO-2954-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIAN ROCIO GUAQUETA GUTIERREZ			53.106.945		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 AUXILIAR ADMINISTRATIVO 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, florella,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 atencionde paciente o auditorias garantizando el control, custodia a traves de los RIPS o planillas según el procedimient	100%	ORGANIZAR HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Organiza historias clinicas de piso adjunto indicador. 1500
		DIGITALIZAR HISTORIAS CLINICAS DE HOSPITALIZACION Y URGeNCIAS	Historias clinicas digitalizadas al 100 % para indicador. 1200
		CREAR HISTORIAS CLINICAS	crear historias clinicas en el aplicativo dinamica 600
		VERIFICAR NUMERO DE CARPETA EN DINAMICA DE LA HC	VERIFICAR NUMERO DE CARPETA EN DINAMICA DE LA HC PARA SABER SI ES NUEVO PACIENTE O ANTIGUO PACIENTE 1200

OBSERVACIONES:

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

LILIAN ROCIO GUAQUETA 53106945 BOGOTA

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Lilian Rocio Guaqueta

Firma de recibido supervisor: 31-05-2018

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53106945		GUAQUETA GUTIERREZ LILIAN ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 27G 71D 54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7905869	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	41820050	8478967461	I	2018/05/11	2018/05/18	BANCO DE OCCIDENTE	7	$243,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 53106945	GUAQUETA LILIAN	230301	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO