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	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1022351276	
CORREO ELECTRONICO:	GONZALEZ.FLOR2356@GMAIL.COM				CELULAR:	6017029058	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	COLECTOR INSTRUMENTACION HOSPITALARIA USS FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03H02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	542301619				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6070			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	2024-01-17 10:45:28.000	NÚMERO DE CRP	8661	FECHA	2024-01-17 10:59:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	INSTRUMENTADOR QUIRURGICO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-10-01		2023-10-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,275,376						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

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:	$10,503,792
VALOR EJECUTADO	$10,052,016
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,275,376
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$451,776
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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 $2.194,507 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
PLANILLAS: 71452838 / 7175330	$1,400,506	$175,063	$224,081	3	$34,116	$433,260

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugia para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Se asisten procedimientos e intervenciones en sala de cirugia para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Por medio de listas de chequeo, base de datos de procedimientos realizados y registro formato de instrumentacion en dinamica.
Velar por la esterilizacion del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugia.	Se verifica por medio de los indicadores la esterilizacion del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugia dando el aval del cumplimiento de los parametros de los indicadores .	Se adjuntan en hoja iso los indicadores de los equipos utilizados en cada procedimiento.
Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.	Se cumple con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Manteniendo la confidencialidad de la historia clinica de cada paciente.
Llevar registro de la atencion de los procedimientos, actividades e entervenciones en el sistema de informacion de la subred.	Se realiza registro de la atencion de los procedimientos, actividades e entervenciones en el sistema de informacion de la subred.	Se diligencia formato de instrumentacion quirurgica en dinamica.
Mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion.	Se mantienen actualizadas las bases de datos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion.	Se actualiza base de datos y se envian correos respectivos.
Participar en la programacion de las actividades de la subred.	Se participa en la programacion de las actividades de la subred.	Se diligencian actas respectivas y se optienen certificados.
Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred.	Se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred.	Se reportan los eventos en plataforma Almera
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio.	Se notifica las fallas de calidad que se presenten en el servicio.	Se notifica las fallas con los tikect al area encargada.
Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos de los pacientes.	Se imparten las instrucciones al personal relacionado con los requerimientos de los pacientes.	Por medio de las listas de chequeo
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	Se diligencia en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	Se diligencia formato de instrumentacion quirurgica en dinamica.
Realizar los procedimientos e intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Se realizan los procedimientos e intervenciones al usuario acorde con el perfil de instrumentador quirurgico dentro del servicio.	Se asisten los procedimientos y se diligencian listas de chequeo.
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion.	N/A	N/A
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la subred.	Se Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la subred.	Diligenciando listas de chequeo y actualizando las bases de datos.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que certifique el cumplimiento.	Se elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y se entrega al supervisor del contrato para que certifique el cumplimiento.	Informe de actividades en las cuentas de cobro.
Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Se participa en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales nos convocan.	Se firman las actas.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	N/A	N/A
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	Se conoce y da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	Se socializan y se implementan
Realizar supervision de los contratos para los que sea designado.	N/A	N/A
Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Se entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Se adjuntan soportes de pago a cuenta de cobro

Copia Controlada Subred Sur Occidente

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

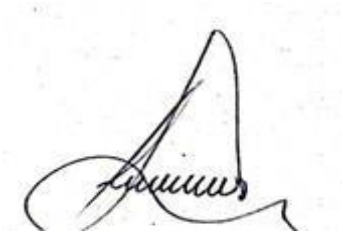
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ

C.C 1022351276 DE BOGOTA D.C.

La suma de $ 3.275.376 por concepto de: (Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Instrumentador dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la Institución. INSTRUMENTADOR QUIRURGICO) durante el periodo del 01 al 31 de OCTUBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6070-2023



FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ

C.C 1022351276 DE BOGOTA D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO: 542301619

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	1022351276	FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ	Carrera 34# 27A 25 Sur	3203146498	gonzalez.flor2356@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-09	2023-09	I	09/10/2023	71452838	$382.100	

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	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	0	0	23.200	1

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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	382.100

PAGADA

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	1022351276	FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ		Carrera 34# 27A 25 Sur	3203146498	gonzalez.flor2356@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-09	2023-09	I	09/10/2023	71452838	$382.100	

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	Estornado	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	1022351276	GONZALEZ HERNANDEZ FLOR HERMINDA	57	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF24	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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	1022351276	FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ	Carrera 34# 27A 25 Sur	3203146498	gonzalez.flor2356@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
71452838	09/10/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	N	20/10/2023	71753306	$80.000	

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	30.200	0		0		0	1	100	0	30.300	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	38.600	0	0	0	0	1	100	0	38.700	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	5.900				5.900	1	100	6.000			59	6.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	4.900	1	100	5.000	1

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	30.200	30.300
Pensión	1	38.600	38.700
Riesgos Laborales	1	5.900	6.000
CCF	1	4.900	5.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	79.600	80.000

PAGADA

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	1022351276	FLOR HERMINDA GONZALEZ HERNANDEZ	Carrera 34# 27A 25 Sur	3203146498	gonzalez.flor2356@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
71452838	09/10/2023	N	20/10/2023	71753306	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09				$80.000	

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	Estornado	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	1022351276	GONZALEZ HERNANDEZ FLOR HERMINDA	57	0			N																	230301	1.401.000	224.200	0	0	0	0	EPS008	1.401.000	175.200	14-11	1.401.000	3	34.200	CCF24	1.401.000	28.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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