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:	LEIDY LORENA DURAN CHAPARRO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030595580	
CORREO ELECTRONICO:	leidyduran320@gmail.com				CELULAR:	3143267110	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	QURURGICO CIRUGÍA GENERAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10C01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570122010				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3438			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1742	FECHA	2024-07-22 14:00:55.000	NÚMERO DE CRP	46698	FECHA	2024-07-31 16:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	INSTRUMENTADOR QUIRURGICO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-07-01		2024-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,521,924				
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:	$25,346,574
VALOR EJECUTADO	$24,037,596
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,521,924
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,308,978
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 $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
78531428	$1,618,373	$202,297	$258,940	3	$39,424	$500,660

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ZULMA YADIRA GONZALEZ ROA
52502824
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
1) Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente. 2) Velar por la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía.	* Asistir los diferentes procedimientos quirúrgicos en salas de cirugía, haciendo la solicitud de equipos e instrumental en Central de Esterilización y solicitando los demás insumos en farmacia.	*(Dinamica) formato de Instrumentacion Quirurgica *Libros de solicitud y entrega de instrumenta del Central de Esterilización.
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 4) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones en el sistema de información de la Subred; así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	* Relizar una adecuada nota en el formato de Instrumentacion quirurgica (dinamica). * Diligenciar formato hojas de gasto de material de osteosintesis y dispositivos medico quirurgicos registrando fechas lotes entre otros.	* Hoja de registro de instrumentacion quirurgica (dinamica) * formato excel
"5) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. 7) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. "	* asistir a activiadades programas. * Reporte oportuno claro y veras de eventos o sucesos en la intranet de la subred.	* Planear agenda para asistir a las actividades. * diligenciar los reportes que se puedan presentar en la intranet.
8) Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos de los pacientes. 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 10) Realizar los procedimientos e intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	* Verificar la asistencia del soporte externo de las diferentes casas comerciales.* Reporte oportuno claro y veras de eventos o sucesos en la intranet de la subred. * Confirmar datos del paciente de manera oportuna con el fin de dar opotunidad de la prestacion del servicio.	*Diligenciamiento de formato hoja de gasto material de osteosintesis, verificar pausas de seguriad. * Confirmar datos historia clinina.
"12) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 13) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. 14) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. "	* Aplicar actualizaciones de los diferentes documentos de la subred. *Diligenciar de manera oprtuna el cumplimiento de las actividades. *Planear cronograma de capacitaciones.	* Ingresar de manera constante a Almera. * Entregar la documentacion de manera oportuna de la cuenta de cobro para su respectiva verificacion. * Adjuntar evidencia de capacitacion.
15) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 16) Conocer.y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	* Notificar cualquier daño de algun equipo o falla de proceso de esterilizacion en las pausas de seguridad y a la coordinadora de la central de esterilizacion.	*Comunicación verbal y escrita al coordinador de central de esterilizacion, y al equipo medico quirurgico del quirofano.
17) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 18) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. 19) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	* Ejecutar de manera efectiva la supervion de contratos asignada. * Presentar domentacion actualizada y requerida en la realizacion de cuentas de cobro. * Realizar las actividades de manera oprtina.	* Veirificar el cumplimiento de los contratos asignados *Entregar la documentacion de manera oportuna de la cuenta de cobro para su respectiva verificacion. * Cumplir con las actividades asignadas por el jefe inmediato.

ZULMA YADIRA GONZALEZ ROA
52502824
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 Controlada Subred Sur Occidente

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	1030595580	LEIDY LORENA DURAN CHAPARRO	KR 97C 49C 15 SUR	3023115111	leidyduran320@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	10/07/2024	78531428	$500.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	202.300	0		0		0	0	0	0	202.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	259.000	0	0	0	0	0	0		259.000	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	39.500				39.500	0	0	39.500			395	39.500	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	202.300	202.300
Pensión	1	259.000	259.000
Riesgos Laborales	1	39.500	39.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	500.800	500.800

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
CC	1030595580	LEIDY LORENA DURAN CHAPARRO		KR 97C 49C 15 SUR	3023115111	leidyduran320@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-06	2024-06	I	10/07/2024	78531428	$500.800	

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	1030595580	DURAN CHAPARRO LEIDY LORENA	59	0			N								X								25-14	1.618.372	259.000	0	0	0	0	EPS005	1.618.372	202.300	14-11	1.618.372	3	39.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 01 / 2024

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

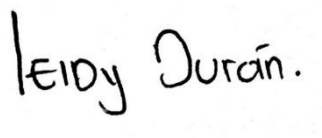
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Leidy Lorena Duran Chaparro

C.C 1.030.595.580 De Boyacá

La suma de 4.521.924, por concepto de: prestación de servicios como **INSTRUMENTADOR QUIRURGICO,** durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3438-2024



Leidy Lorena Duran Chaparro

C.C 1.030.595.580 De Boyacá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000570122010