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:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.067.862.284							
CORREO ELECTRONICO:	lilianar1586@hotmail.com				CELULAR:	3108174740							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	BO35												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA				SEDE:	ASITENCIAL							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	BO35C01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco de Bogota				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	85343341								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1370/2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 6			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	22298	FECHA	30/04/2020			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestacion de Los Servicios Personales de carácter Temporal como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA - RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2020		30	6	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$180 horas a (9325) Total $1.678.500									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: Valor a pagar sin novedades (180 Horas) A $9.325 Total $1.678.500.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.574.550
VALOR EJECUTADO	$8.392.500
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.678.500
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.182.050
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	79%

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 **$2.194.508** 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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL, APORTES
43147959	877.803	109.725	26.334	3	21.383	157.442

Dado en Bogotá 30 Dias del Mes de junio de 2020. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ	LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E.

Ubicación del Servicio: GINECOLOGIA						Sede: BOSA II NIVEL		
No. DE CONTRATO:	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
1370		1	6	2020		30	6	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS		C. C.	1.067.862.284			DE	Bogota	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestacion de Los Servicios Personales de carácter Temporal como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA - RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO _X_ Servicios: SI _X_ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector. En sala de partos	X	Preste los servicios de Auxiliar de Enfermería a los pacientes y usuarios del Hospital Bosa aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector. En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Recibí y entregue turno a las 7.00am, 1.00pm, según programación de turno aplicando los procemientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital. . En sala de partos	X	Recibí y entregue turno a las 7.00am, 1.00pm, según programación de turno aplicando los procemientos definidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el Hospital. . En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Realice toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente.	X	Realice toma de signos vitales y arreglo de la unidad utilizando las técnicas asépticas y medidas de protección personal y seguridad del paciente.	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Prepare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos.. En sala de partos	X	Prepare al paciente para toma de exámenes y medios de diagnósticos.. En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Realice el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo.. En sala de partos	X	Realice el diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido, respaldando la atención con su firma, dejando ordenada y foliada la historia clínica del paciente a su cargo.. En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Verifique las dietas y acompañe al paciente a esta hora.. En sala de partos	X	Verifique las dietas y acompañe al paciente a esta hora.. En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Observe y reporte signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente . En sala de partos	X	Observe y reporte signos de alarma o situaciones de emergencia vistos en su paciente . En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes
Colabore con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas . En sala de partos	X	Colabore con el personal profesional del área en las diferentes actividades que le sean asignadas . En sala de partos	Registre en la historia clínica del paciente en el mes

OBSERVACIONES: Valor a pagar sin novedades

TOTAL A PAGAR (UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.)$1.678.500

LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS
C.C. 1067862284

YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 6 / 2020
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS
C.C 1.067.862.284 De Bogota

La suma de **UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE. (1.678.500)**, por concepto de: Prestación de Servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** de la unidad de prestación de Servicios **BOSA II NIVEL** durante el periodo del **1 AL 30 DE JUNIO DE 2020** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1370** de 2020

LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS
C.C. 1.067.862.284 DE Bogota
CUENTA DE AHORROS BANCO Banco de Bogota
NUMERO 85.343.341

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	1067862284	LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS	CALLE 54C SUR N 87B-21	3108174740	lilianar1587@hotmail.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	
2020-05	2020-05	I	08/06/2020	43147959	$157.600	

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	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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	26.400	0	0	0	0	0	0		26.400	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	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	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	109.800	109.800
Pensión	1	26.400	26.400
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	157.600	157.600

PLANILLA 43147959

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