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:	CONSUELO PERDOMO MEDINA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	55.159.335						
CORREO ELECTRONICO:	conperdomo@gmail.com				CELULAR:	3115187718						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**USS BOSA**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	TERAPIA RESPIRATORIA				SEDE:	BOSA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	BO35M09	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	457070104148								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1409 - 2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**6 DE 6**		
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	**NÚMERO DE CRP**	**22336**	**FECHA**	**30/04/2020**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Terapeuta Respiratoria en la Subred Integrada de Servicios en Salud Suroccidente E.S.E**								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	7	2020		31	7	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.089.340								
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES: SE REALIZARON 180 HORAS POR UN VALOR HORA DE $17,163 PARA UN TOTAL DE $ 3,089,340

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$21.934.314
VALOR EJECUTADO	$17.300.304
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.089.340
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.634.010
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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43946125	$1.235.736	154.467	197.718	3	30.103	**382.287**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de JULIO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ (SUPERVISOR DE CONTRATO)

CONSUELO PERDOMO MEDINA (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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA									**Sede: BOSA**					
No. DE CONTRATO:	1409 DE 2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	**NOMBRE DEL CONTRATISTA:**	CONSUELO PERDOMO MEDINA		**C. C.**	55.159.335	**DE**	BOGOTA
			1	7	2020		31	7	2020							

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 TERAPEUTA RESPIRATORIO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ___ Servicios: SI __ NO __X___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Prestar los servicios profesionales como Terapeuta Respiratoria , aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector.	SI	Se realiza atencion de pacientes y consulta programada	Registrado en la Historia Clinica de los pacientes atendidos en el presente mes
Participar en la elaboración, actualización y divulgación de los protocolos de manejo de su área y cumplir con la respectiva adherencia.	NA	No aplica para este mes.	NA
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos.	SI	Se realiza vigilancia epidemiológica en situaciones de notificacion	Se toma la muestras de Bordetella y se comunica a epidemiología para su envio a SDS.
Diligenciar de forma adecuada, clara, legible y oportuna de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido respaldando su atención con la firma y sello.	SI	Elaboracion de formatos de Historia Clinica para cada consultante y paciente manejado en terapia respiratoria.	Registrado en la Historia Clinica de los pacientes atendidos en el presente mes
Cumplir con las actividades contempladas como normas de bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios.	SI	Se realiza actividades de autocontrol, autoregulación y autogestion en las actividades desaroolladas	Se siguen protocolos institucionales.
Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata.Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata.	SI	Se realiza diarimiente, el cual facilitara la adecuada ejecucuin y cumplimiento de las actividades	No Aplica. No hubo accidentes ni incidentes en el presente mes.
Recibir y entregar turno con la presentación adecuada, utilizando los elementos de protección personal requeridos y de acuerdo con la programación establecida.	SI	Se recibe oportumanente turno y se entrega en el horario establecido con la presentación adecuada, utilizando los elementos de protección personal requeridos y de acuerdo con la programación establecida.	Registradoen el Formato entrega de turno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3, 089,340 Tres millones ochenta y nueve mil trecientos cuarenta pesos m/cte.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA CONSUELO PERDOMO MEDINA C.C 55159335

Fecha 31/07/2020 Firma de recibido supervisor YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ

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

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	55159335	CONSUELO PERDOMO MEDINA	CRA 99 14 78 APT 204 TRR 2	4628085	CONYPEME@YAHOO.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	
2020-06	2020-06	I	09/07/2020	43946125	$407.900	

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	164.800	0		0		0	0	0	0	164.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporta Voluntario Afiliado	Aporta Voluntario Aportante	Aporta FSP - Solidaridad	Aporta FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	210.900	0	0	0	0	0	0		210.900	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	32.200				32.200	0	0	32.200			322	32.200	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	164.800	164.800
Pensión	1	210.900	210.900
Riesgos Laborales	1	32.200	32.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	407.900	407.900

PAGADA 43946125

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	55159335	CONSUELO PERDOMO MEDINA	CRA 99 14 78 APT 204 TRR 2	4628085	CONYPEME@YAHOO.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	
2020-06	2020-06	I	09/07/2020	43946125	$407.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza solidaridad	Estudiante	PEN	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	55159335	PERDOMO MEDINA CONSUELO	59	0		N																		230301	1.317.888	210.900	0	0	0	0	EPS008	1.317.888	184.600	14-11	1.317.888	3	32.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CONSUELO PERDOMO MEDINA

C.C 55.159.335 DE BOGOTÁ

La suma de $ 3,089,340 por concepto de: Prestación de servicios como Terapeuta Respiratorio durante el periodo de 01 al 31 de Julio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1409 – 2020

CONSUELO PERDOMO MEDINA

(Nombre de contratista)

C.C 55.159.335 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 457070104148