Copia Adicion Julio

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:	CARMEN URBANA AHUMADA COLLAZOS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	32823426						
CORREO ELECTRONICO:	carmenadbnutricionista@gmail.com				CELULAR:	3023769379						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	NUTRICION				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10N07	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0175504067								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2105-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 de 7			
NÚMERO DE CDP	1031	FECHA	16/07/2020	NÚMERO DE CRP		28913	FECHA	22/07/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de nutricion 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		
		4	7	2020		31	7	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.574.450									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22.002.966
VALOR EJECUTADO	$21.728.358
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.574.450
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$274.608
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43602858	$1.276.927	$159.700	$204.400	3	$31.200	$395.300

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

VIVIANA TEJERA PALACIO
Lider de Nutricion y Dietetica

CARMEN AHUMADA COLLAZOS
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Nutricion y Dietetica									Sede: Kennedy
No. DE CONTRATO:	2105-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			4	7	2.020		31	7	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN AHUMADA COLLAZOS		C. C.		32.823.426		DE		SOLEDAD	

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 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
1. Realizar la revista diaria en los servicios de hospitalización asignados para generar las órdenes de solicitud de dietas. 2. Elaborar los listados de las órdenes de solicitud de dietas para cada paciente. 3. Realizar las valoraciones nutricionales a los pacientes que lo requieran. 4. Reportar las ordenes las ordenes de solicitud de dietas y formulas lácteas en los horarios establecidos para cada tiempo de comida. 5. Atender la consulta externa de nutrición dependiendo de la demanda presentada. 6. Responder valoraciones nutricionales según los requerimientos de los diferentes servicios de hospitalización. 7. Participar en la elaboración, revisión y actualización de procesos y guías de manejo asegurando adherencia a las mismas. 8. Diligenciar correctamente la historia clínica cuando haya que dejar registro de atención del paciente. 9. Genera las modificaciones a las órdenes de solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario. 10. Participar en los grupos organizados para dar capacitación nutricional en los temas solicitados por los coordinadores de los mismos. 11. Generar los registros de información necesarios para informes estadísticos. 12. Consolidar información estadísticas de cuerdo a los requerimientos del área. 13. Registrar, consolidar y presentar los informes estadísticos con la oportunidad y periodicidad requerida. 14. Realizar la valoración del 100% de los pacientes atendidos en la unidad renal según los horarios establecidos. 15. Realizar recomendaciones nutricionales.16. Coordinar con el médico los suplementos a prescribir a los pacientes según valoración nutricional. 17. Supervisar la servida de las dietas y de los refrigerios.	100%	• Elabore los listados de órdenes de dieta de los siguientes servicios: 4, 5 y 6 piso .• Diligencié el formato de solicitud de nueves, onces y refrigerios para los servicios medicina interna, cirugia general , ortopedia, y quirurgica para todos los pacientes programados. • Generé las modificaciones a las órdenes de la solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario. • Di respuesta oportuna a las valoraciones nutricionales que se solicitan en cada servicio de urgencias 1er piso• Diligencié correctamente en la historia clínica cuando haya que dejar registros de atención del paciente y soporte nutricinal.. • Realicé recomendaciones nutricionales. Realizar ronda para la prescripcion dietaria del desayuno por servicio asignado, verificando gustos y preferencias por por paciente, para mejorar el estado nutricional de cada uno; el ideal para hacer esta actividad es realizar tamizaje nutricional, lo cual nos permite detectar el riesgo de mal nutricion hospitalaria. (Se puede realizar en cualquier ronda del dia). * Conteo de dietas para actualizacion de censo. * Actualizacion del tablero para el desayuno y el resto de servicios. * Elaboracion de refrigerios para hacer entrega a las 9 de la mañana en el servicio. * Supervision en la distribucion por cada servicio. * Recoger interconsultas si hay para algun servicio y dar respuestas a ella. * Segunda ronda para la prescripcion del almuerzo. * Dejar los listados actualizados para el siguiente dia. .Se realiza consulta externa medio tiempo en el hospital Kennedy.	• Elabore los listados de órdenes de dieta de los siguientes servicios: 4, 5 y 6 piso .• Diligencié el formato de solicitud de nueves, onces y refrigerios para los servicios medicina interna, ginecologia, ortopedia, y quirurgica para todos los pacientes programados. • Generé las modificaciones a las órdenes de la solicitud de dietas para cada comida en caso de ser necesario. • Di respuesta oportuna a las valoraciones nutricionales que se solicitan en cada servicio de 4, 5, y 6 piso Diligencié correctamente en la historia clínica cuando haya que dejar registros de atención del paciente y soporte nutricinal.. • Realicé recomendaciones nutricionales. Realizar ronda para la prescripcion dietaria del desayuno por servicio asignado, verificando gustos y preferencias por por paciente, para mejorar el estado nutricional de cada uno; el ideal para hacer esta actividad es realizar tamizaje nutricional, lo cual nos permite detectar el riesgo de mal nutricion hospitalaria. (Se puede realizar en cualquier ronda del dia). * Conteo de dietas para actualizacion de censo. * Actualizacion del tablero para el desayuno y el resto de servicios. * Elaboracion de refrigerios para hacer entrega a las 9 de la mañana en el servicio. * Supervision en la distribucion por cada servicio. * Recoger interconsultas si hay para algun servicio y dar respuestas a ella. * Segunda ronda para la prescripcion del almuerzo. * Dejar los listados actualizados para el siguiente dia. .Se realiza consulta externa medio tiempo en el hospital Kennedy

TOTAL A PAGAR (2574450): $ DOS MILLOMES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Carmen Urbana Ahumada Collazos

C.C 32.823.426 De Soledad (Atlántico)

La suma de $2.574.450, por concepto de: Prestación de servicios como nutricionista en el área de nutrición sede Kennedy, durante el periodo del 4 al 31 de julio del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2105-2020.

Carmen Urbana Ahumada Collazos

C.C 32.823.426 De Soledad (Atlántico)

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 0175504067

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	32823426	CARMEN URBANA AHUMADA COLLAZOS		gig 31b sur n 24a 26	3023769379	carmenadbnutricionista@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	02/07/2020	43602858	$395.300	

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	159.700	0		0		0	0	0	0	159.700	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	204.400	0	0	0	0	0	0		204.400	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	31.200				31.200	0	0	31.200			312	31.200	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	159.700	159.700
Pensión	1	204.400	204.400
Riesgos Laborales	1	31.200	31.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	395.300	395.300

PAGADA 43602858

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	32823426	CARMEN URBANA AHUMADA COLLAZOS		gig 31b sur n 24a 26	3023769379	carmenadbnutricionista@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	02/07/2020	43602858	$395.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	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	32823426	AHUMADA COLLAZOS CARMEN URBANA	59	0			N																	230301	1.276.927	204.400	0	0	0	0	EPS008	1.276.927	159.700	14-11	1.276.927	3	31.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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