| 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: | )4-02-FO-000 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | **LORENA SANTAMARIA CORDOBA** | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | x | C.E | | NO. | 52776941 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | loresantamariacordoba@gmail.com | | | | CELULAR: | 3005558588 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | **KENNEDY** | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | KE10A24 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | **DAVIVIENDA** | | | | TIPO DE CUENTA: | ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | **O570005570209766** | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | **5279-2020** | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | **6 de 6** | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1723 | FECHA | **26/11/2020** | **NÚMERO DE CRP** | **55242** | **FECHA** | **30/11/2020** | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Ginecología 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 | | | |
| | | 1 | 12 | 2020 | | 31 | 12 | 2020 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | **$9.471.480** | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NO APLICA | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: (120 HORAS * $78.929). MEDICO GINECOOBSTETRA . Profesional atiende paciente COVID-19 queda salvo descuento, ya que es una excepcion a la norma.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $56.039.590 |
| VALOR EJECUTADO | $55.092.442 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | **$9.471.480** |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $947.148 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **820547459** | $3.283.446 | $410.431 | $525.351 | 3 | $79.985 | **$1.015.767** |

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

**AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**LORENA SANTAMARIA CORDOBA**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 04/03/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. A MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| Ubicación del Servicio: | SERVICIO DE GNECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | Sede: SUBRED SUROCCIDENTE DE KENNEDY | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 5279-2020 | Periodo certificado desde el | Dia | Mes | Año | a | Dia | Mes | Año |
| | | | 1 | 12 | 2.020 | | 31 | 12 | 2.020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LORENA SANTAMARIA CORDOBA | | C. C. | 52.776.941 | | | DE | BOGOTA | |

**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 **GINCEOOBSTETRA** 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- Cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo a la naturaleza del servicio. | 100% | Asistir y dar respuesta de forma oportunas a las consultas e interconsulta programdas en el servicio.<br>Cumplimiento de agenda al paciente de Gineco-obstetricia | Entrega oportuna de las respuestas a las interconsultas y entrega de Historia Clincia |
| 2- Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión y visión, principios y valores institucionales para realizar la prestación del servicio. | 100% | Plena disposición para dar cumplimiento a la mision, vision, principios y valores insitituciones mediante la atención responsable de los pacientes | cumplimiento de la atención a satisfción del paciente |
| 3- Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de esta orden. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud | 100% | Autonomía técnica y científica en la atención al objeto contractual, respetando los derechos del paciente para dar cumplimento al código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes | Pacientes atendidos a satisfacción |
| 4-Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, Urgencias, Cirugía, UCI, o de las diferentes áreas de la institución | 100% | Realización procedimientos especiales para establecer diagnosticos o tratamientos de acuerdo a las necesidades de los pacentes del servicio | Pacientes atendidos a satisfacción |
| 5- Participar en las actividades clínicas, docentes investigativas y/o administrativas en las cuales la empresa requiere de su intervención. | 100% | Asistencia a las diferentes actividades clínicas, docentes investigativas y/o administrativas requeridas | Asistencia a las actividades clinicas, docentes investigativas y/ o administrativas |
| 6- Llevar y presentar controles estadísticos con fines científicos, administrativos y reportar enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiología y al supervisor de la orden, recibir la capacitación en Vigilancia epidemiológica. | 100% | Presentación de los controles estadísticos con fines científicos, administrativos y reporte de las enfermedades al comité de epidemiología y al supervisor, asisencia a capacitación en Vigilancia epidemiológica. | Controles estadisticos y reporte de las enfermedades al comité de epidemioligia y al supervisor y laasistencia a a capacitación en Vigilancia epidemiológica. |
| 7 Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la Empresa, respaldando toda actuación con su firma. | 100% | Diligenciamiento de los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, | Un buen diligenciamiento de las Historicas Clinicas |
| 9- Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la empresa y demás equipos y elementos del empresa que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales | 100% | Adecuada utilización de los recursos equipos, elementos asignados | Adecuada utilización de los recursos equipos, elementos asignados |
| 10- Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Empresa. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional | 100% | Aplicación del reglamento de Higiene y Seguridad acorde con el programa de Salud Ocupacional | Cumplimiento reglamentode Higiene y Seguridad acorde con el programa de Salud Ocupacional |
| 11- Responder y resarcir en forma oportuna al usuario y entes de control ante los requerimientos interpuesto por fallas atribuidas a la prestación del servicio de la orden pactada. | 100% | Respuestaa oportuna a los diferentes requerimientos interpuestos en la prestación del servicio | Respuestaa oportuna a los diferentes requerimientos interpuestos en la prestación del servicio |
| 12- Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio | 100% | Reporte oportuno de los aspectos que generen obstaculos en el desarrollo de la prestación del servicio | Reporte oportuno de los aspectos que generen obstaculos en el desarrollo de la prestación del servicio |

**OBSERVACIONES: MEDICO GINECOOBSTETRA 120 horas ($78.929). Profesional atiende paciente COVID-19 queda salvo descuento, ya que es una excepcion a la norma.**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 9.471.480 (nueve millones cuatrocientos setenta y un mil cuatrocientos ochenta pesos)**

**LORENA SANTAMARIA CORDOBA**
**CC.52776941**

**AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR**

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

PAG 1 DE 1

**DATOS GENERALES**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION U C S D | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52776941- | Lorena Santamaria Cordoba | ☑ | | |

**PERIODOS DE COTIZACION**

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO |
|---|---|---|---|
| 2020 | 11 | 2020 | 471175[illegible] |

| NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|
| | PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐ | PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑ | 14-11 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CAlIE 145 A Nro. 21-29 | BOGOTÁ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ D. C. | 11 | 7531044 | | loresantamariacordoba@gmail.com | 8511 | 0 | 1 | 2020/12/03 | 820547459 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440-6 | 410.500 | 0 | | 0 | | 0 | 410.500 | 0 | 0 | 0 | 410.500 | 0 | | 0 | 0 | 410.500 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA**

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 900336004-7 | 525.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 525.400 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES**

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790-5 | 80.000 | | 0 | 0 | 80.000 |
| **DIAS MORA** | **INTERES MORA COTI** | **SUBTOTAL APORT COTIZ** | **No. RADICAC SALDO A FAVOR** | **SALDO A FAVOR** | **FONDO SOLIDARIDAD** | **TOTAL A PAGAR** |
| 0 | 0 | 80.000 | | 0 | 800 | 80.000 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA**

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| **ICBF** | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **SENA** | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 525.400 | 525.400 |
| SALUD | 410.500 | 410.500 |
| RIESGOS LABORALES | 80.000 | 80.000 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 1.015.900 | 1.015.900 |

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:**

**LORENA SANTAMARIA CORDOBA**

**C.C 52.776.941 DE Bogotá**

La suma de $ 9.471.480 (nueve millones cuatrocientos setenta y un mil cuatrocientos ochenta pesos), por concepto de: Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Ginecología 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, durante el periodo de 1 al 31 de Diciembre del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5279-2020.

**LORENA SANTAMARIA CORDOBA**

**C.C 52.776.941 DE Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570005570209766**