| | 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 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | XIOMARA VANEGAS CANRO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1033692037 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | xvanegas@fucsalud.edu.co | | | | CELULAR: | 3134682472 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KENNEDY | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | NEONATOS | | | | SEDE: | KE10 | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10J09 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | AV VILLAS | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 00O6876572 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4234 - 2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 11 de 11 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1723 | FECHA | 26-nov-20 | NÚMERO DE CRP | | 54550 | FECHA | 30/11/20 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO HOSPITALARIO III dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la Institución.** | | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | | |
| | | 1 | 12 | 2020 | | 31 | 12 | 2020 | | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.683.432 | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | NO APLICA | | | | | |

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: | $21.092.780 |
| VALOR EJECUTADO | $18.237.180 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.683.432 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2.855.600 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 86% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 47188691 | $897.830 | $112.228 | $143.652 | 3 | $21.817 | **$277.697** |

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

Xiomara V.

**DR. JERSON SILVA y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**XIOMARA VANEGAS CANRO y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | |
|---|---|---|---|---|
| [redacted] | | Fecha de aprobación | 9/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | Sede: KE10 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 4234-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 12 | 2.020 | | 31 | 12 | 2.020 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | XIOMARA VANEGAS CANRO | | C. C. | 1.033.692.037 | | | DE | BOGOTA | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre proplo y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como MEDICO HOSPITALARIO III 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 |
|---|---|---|---|
| Cubrimiento de las áreas de Sala de Partos - Quinto Piso y la Unidad de Recién Nacidos según la programación y las necesidades presentadas. Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato. 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 están obligados. Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención. 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 Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. | 100% | Cubrimiento de las áreas de Sala de Partos - Quinto Piso y la Unidad de Recién Nacidos según la programación y las necesidades presentadas.* Diligenciar las Historias Clínicas correspondientes manteniendo el orden adecuado en las mismas.* Ordenamiento e interpretación de Laboratorios clínicos, Imagenologicos y especializados anotando su interpretación en las historias.* Revista médica, clínica, académica y asistencial en las áreas asignadas. * Desarrollar las actividades asistenciales consertadas.* solicitar y dar respuesta a Interconsultas de otras especialidades.* Actividades Académicas con los Internos rotatorios y Estudiantes de Pediatría.* Procedimientos médicos quirúrgicos según necesidad de cada paciente. Participación activa en las reuniones pediátricas. * Apoyo en las otras áreas del Departamento que lo requiera. | Registros clinicos; Formatos de evolución; Ordenes medicas; Notas de procedimientos; Interpretación de examenes |
| Llenar a cabalidad los formatos de historias clinicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clinicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello | 100% | Se garantizo un adecuado proceso de registro de los estudios paraclinicos, datos del paciente, y demas items de la historia clinica | Nota de evolucion y seguimiento asi como interpretacion e indicaciones terapeuticas. |
| Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos,resoluciones y circulares de cualquier organo externo o interno que tenga que ver con la ejecución del contrato | 100% | Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato. | |
| Anexar la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contarto mensulamente.No obstante lo anterior, el CONTRATISTA respondera civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de ley. | 100% | se realiza pago de parafiscales para soportar valor de cuenta de cobro | Planilla de pago de parafiscales |
| Responder las glosas generadas si hubiere lugar | 100% | No se presentaron glosas | informe de actividad y justificacion de glosas |
| Contribuir al mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantia de la calidad | 100% | | |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.683.432 UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/cte)**

Xiomara V.

XIOMARA VANEGAS CANRO CC 1.033.692.037 DE BOGOTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: DR. JERSON SILVA

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 | 1033692037 | XIOMARA VANEGAS CANRO | diagonal 46 sur N 50-79 casa 77 | 7508493 | xiomila25@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-11 | 2020-11 | I | 07/12/2020 | 47188691 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $408.400 | |

## 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 | 165.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 165.000 | 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 | 211.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 211.200 | 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 | 165.000 | 165.000 |
| Pensión | 1 | 211.200 | 211.200 |
| 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 | 408.400 | 408.400 |

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:**

**Xiomara Vanegas Canro**

**C.C 1033692037 DE Bogotá**

La suma de $ 1.683.432, por concepto de: prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como MEDICO HOSPITALARIO III durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4234-2020

Xiomara V.

**Nombre de contratista**

**C.C. 1033692037 DE Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS**

**NUMERO 006876572**