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:	WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79788627							
CORREO ELECTRONICO:	williambgc@hotmail.com				CELULAR:	3158603260							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	71 PATIO BONITO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55B01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	3870045774								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2623-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7				
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	30632	FECHA	31/07/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como MEDICO URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	8	2020		31	8	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.032.724										
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%	NO								

OBSERVACIONES: (SE REALIZA DESCUENTO DE 126 HORAS NO LABORADAS POR AISLAMIENTO COVID-19 POSITIVO DE UN VALOR DE $4,086,684) 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:	$42.229.068
VALOR EJECUTADO	$38.142.384
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.946.040**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4.086.684
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	90%

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
43627469	$2.413.090	$301.636	$386.094	3	$58.783	**$746.514**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

William Barajas
WILLIAM HUMBERTO BARAJAS
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
Fecha de Aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS					Sede: CAPS PATIO BONITO				
No. DE CONTRATO:	2623-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	8	2.020		31	8	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA		C. C.	79.788.627			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 **MEDICO URGENCIAS** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
verificar las listas de programacion y cumplir con los turnos del servicio de urgencias	**Programado**	Verifique y cumpli con la programación de turnos de servicios e informar con anticipación al líder encargado de programar turnos en el evento de presentarse cruce de horarios.	Se realiza cumplimiento de turnos programados en el mes.
realizar y registrar la recepcion y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el hospital.	**Programado**	Realice y registre la recepción y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el Hospital.	Se recibe y entrega de turno diario.
revisar y cumplir los protocolos, normas tecnicas,guias de manejo y propias el area p	**Programado**	· Revise y cumpli con las guías de manejo, protocolos y procedimientos establecidos por el Hospital.	Se cumple con las guias de manejo , protocolos y procedimientos establecidos en el hospital.
cumplir los procedimientos de rfernecia y contra referencia establecidos en la normatividad vigente	**Programado**	· Cumpli con los procedimientos de referencia y contrarreferencia establecidos en la normatividad vigente y en especial anexo 3 de la SDS- Contrato vinculados.	Se realiza actualizacion de remisiones de forma diaria, cumpliendo con lineamientos establecidos.
· Diligenciar los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y demas registros legibles.	**Programado**	· Diligencie los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clínicas y en especial historias clínicas de urgencias, evoluciones, epicrisis y demás registros en forma legible.	Se realiza diligenciamiento de historias clinicas de manera coherente y completa, de documentación requerida según sea el caso.
· Diligenciar correctamente y de formacompleta los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	**Programado**	· Diligencie los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Diligenciamiento completo y claro en solicitud de laboratorios y otros.
diligenciar las fichas de notificacion obligatoria acorde con las normas definidas por el ministerio de salud	**Programado**	· Entregue los registros de lesiones de causa externas, certificados de nacido vivo, registros civiles y RIPS legibles acorde con la normatividad vigente al técnico de estadística de la sede.	Se realiza llenado de lesiones de causa externa a pacientes que lo requieran para notificacion, RIPS,
. Participar en la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa	**Programado**	. Participe en la revisión de historias clinicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	durante el mes no hubo comité de auditoria de historias clinicas
Mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guias de atención necesarias para el desempeño en su labor	**Programado**	.me mantengo actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guias de atención necesarias para el desarrollo del objeto de la orden.	He participado en las capacitaciones para la prestación del servicio
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol , programas de seguridad del paciente y de humanizacion	**Programado**	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	**No Programado**	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se termine la relacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	**Programado**	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	**Programado**	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos

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	79788627	WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA		CALLE 146 A 58 B 22 BLOQUE 4 - 313	5284373	williambgc@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
2020-07	2020-07	I	01/07/2020	43627469	$1.596.800

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	625.000	0		0		0	0	0	0	625.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	800.000	0	0	25.000	25.000	0	0		850.000	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	121.800				121.800	0	0	121.800			1.218	121.800	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	625.000	625.000
Pensión	1	850.000	850.000
Riesgos Laborales	1	121.800	121.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.596.800	1.596.800

43627469

$ 6'032.724
CDP - 1052 - 22/07/20
CRP - 30632 - 31/07/20

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:

WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA

C.C 79788627 DE BOGOTA

La suma de $1.946.040, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO GENERAL en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2623-2020

William Barajas G.

WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA

Nombre de contratista

C.C.79788627 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 3870045774

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:	JAVIER DAVID ESCORIHUELA RUFFO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		C.E	X	NO.	678512							
CORREO ELECTRONICO:	javierdavidescorihuelar@gmail.com				CELULAR:	3138410909							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	71 PATIO BONITO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55B01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	00 4500236197								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2624-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7				
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	30633	FECHA	31/07/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como MEDICO URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	8	2020		31	8	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.032.724										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO								

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:	$42.229.068
VALOR EJECUTADO	$42.229.068
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$6.032.724**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
18365922	$2.413.090	$301.636	$386.094	3	$58.783	**$746.513**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JAVIER DAVID ESCORIHUELA
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS			**Sede: CAPS PATIO BONITO**						
No. DE CONTRATO:	2624-2020	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAVIER DAVID ESCORIHUELA RUFFO			**C. E.**	678.512		DE	VENEZUELA		

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 **MEDICO URGENCIAS** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
verificar las listas de programacion y cumplir con los turnos del servicio de urgencias	Programado	Verifique y cumpli con la programación de turnos de servicios e informar con anticipación al lider encargado de programar turnos en el evento de presentarse cruce de horarios.	Se realiza cumplimiento de turnos programados en el mes.
realizar y registrar la recepcion y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el hospital	Programado	Realice y registre la recepción y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el Hospital	Se recibe y entrega de turno diario.
revisar y cumplir los protocolos, normas tecnicas,guias de manejo y propias el area p	Programado	· Revise y cumpli con las guias de manejo, protocolos y procedimientos establecidos por el Hospital.	Se cumple con las guias de manejo , protocolos y procedimientos establecidos en el hospital.
cumplir los procedimientos de rfernecia y contra referencia establecidos en la normatividad vigente	Programado	· Cumpli con los procedimientos de referencia y contrarreferencia establecidos en la normatividad vigente y en especial anexo 3 de la SDS- Contrato vinculados.	Se realiza actualizacion de remisiones de forma diaria, cumpliendo con lineamientos establecidos.
· Diligenciar los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y demas registros legibles.	Programado	· Diligencie los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y en especial historias clinicas de urgencias, evoluciones, epicrisis y demás registros en forma legible.	Se realiza diligenciamiento de historias clinicas de manera coherente y completa, de documentación requerida según sea el caso.
· Diligenciar correctamente y de formacompleta los diferentes registros (solicitudes de laboratorios apoyo diagnostico formulas médicas)	Programado	· Diligencie los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Diligenciamiento completo y claro en solicitud de laboratorios y otros.
diligenciar las fichas de notificacion obligatoria acorde con las normas definidas por el ministerio de salud	Programado	· Entrege los registros de lesiones de causa externas, certificados de nacido vivo, registros civiles y RIPS legibles acorde con la normatividad vigente al técnico de estadistica de la sede.	Se realiza llenado de lesiones de causa externa a pacientes que lo requieran para notificacion, RIPS.
· Participar en la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	Programado	. Participe en la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	durante el mes no hubo comité de auditoria de historias clinicas
.Mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guías de atención necesarias para el desempeño en su labor	Programado	me mantengo actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guías de atención necesarias para el desarrollo del objeto de la orden	He participado en las capacitaciones para la prestacion del servicio
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integrado de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol , programas de seguridad del paciente y de humanizacion	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la impiementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(incluye induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se termine la riacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	JAVIER DAVID ESCORIHUELA RUFFO
IDENTIFICACION:	CE-678512
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-08-09
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-08-05
FECHA DE PAGO:	2020-08-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2020-07
PERIODO SALUD:	2020-07
NUMERO PLANILLA:	18365922
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	18365922
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALO
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 2.500.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 312.500	
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 2.500.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400.000	
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 2.500.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.900	
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 773.400	

$ 61'032.924
(10P- 1052 - 22/julio
(CP- 30633 - 31/julio

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/09/2020

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JAVIER DAVID ESCORIHUELA RUFFO

C.E. 678512 DE VENEZUELA

La suma de $6.032.724, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO GENERAL en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2624-2020

JAVIER DAVID ESCORIHUELA RUFFO

Nombre de contratista

C.E. 678512 DE VENEZUELA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004500236197

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:			ANDRES FELIPE ALBOR GARIZABALO										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		1140846860				
CORREO ELECTRONICO:							CELULAR:		3205670411				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							USS 71 PATIO BONITO						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URGENCIAS				SEDE:		Sur				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55B01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA						TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			0 570007380863022								PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2645-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				7 DE 7		
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP		30652	FECHA		31/07/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como MEDICO URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.										
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
			1	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$5.726.010									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%				NO					

OBSERVACIONES: (SE REALIZA DESCUENTO DE 36 HORAS NO LABORADAS POR AISLAMIENTO COVID-19 DEL MES DE JULIO POR UN VALOR DE $1,108,260) 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:	$40.082.070
VALOR EJECUTADO	$38.973.810
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$4.617.750**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.108.260
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
7760131023	$2.290.404	$286.301	$366.465	3	$55.794	**$708.559**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Andres felipe Albor.
ANDRES FELIPE ALBOR G
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
Fecha de aprobación:	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS			Sede: CAPS PATIO BONITO						
No. DE CONTRATO:	2645-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDRES FELIPE ALBOR			C. C.	1.140.846.860		DE	BARRANQUILLA		

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 **MEDICO URGENCIAS** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
verificar las listas de programacion y cumplir con los turnos del servicio de urgencias	Programado	Verifique y cumpli con la programación de turnos de servicios e informar con anticipación al lider encargado de programar turnos en el evento de presentarse cruce de horarios.	Se realiza cumplimiento de turnos programados en el mes.
realizar y registrar la recepcion y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el hospital.	Programado	Realice y registre la recepción y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el Hospital.	Se recibe y entrega de turno diario.
revisar y cumplir los protocolos, normas tecnicas,guias de manejo y propias el area p	Programado	Revise y cumpli con las guias de manejo, protocolos y procedimientos establecidos por el Hospital.	Se cumple con las guias de manejo , protocolos y procedimientos establecidos en el hospital.
cumplir los procedimientos de rfernecia y contra referencia establecidos en la normatividad vigente	Programado	· Cumpli con los procedimientos de referencia y contrarreferencia establecidos en la normatividad vigente y en especial anexo 3 de la SDS- Contrato vinculados.	Se realiza actualizacion de remisiones de forma diaria, cumpliendo con lineamientos establecidos.
· Diligenciar los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y demas registros legibles.	Programado	· Diligencie los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y en especial historias clinicas de urgencias, evoluciones, epicrisis y demás registros en forma legible.	Se realiza diligenciamiento de historias clinicas de manera coherente y completa, de documentación requerida según sea el caso.
· Diligenciar correctamente y de formacompleta los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Programado	· Diligencie los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Diligenciamiento completo y claro en solicitud de laboratorios y otros.
diligenciar las fichas de notificacion obligatoria acorde con las normas definidas por el ministerio de salud	Programado	· Entrege los registros de lesiones de causa externas, certificados de nacido vivo, registros civiles y RIPS legibles acorde con la normatividad vigente al técnico de estadistica de la sede.	Se realiza llenado de lesiones de causa externa a pacientes que lo requieran para notificacion, RIPS,
. Participar en la re-isión de historias clinicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	Programado	. Participe en la revisión de historias clinicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	durante el mes no hubo comité de auditoria de historias clinicas
Mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guias de atención necesarias para el desempeño en su labor	Programado	,me mantengo actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guias de atención necesarias para el desarrollo del objeto de la orden.	He participado en las capacitaciones para la prestación del servicio
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol , programas de seguridad del paciente y de humanizacion	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se termine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1140846860
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			ANDRES FELIPE ALBOR GARIZABALO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 6C # 82A-57 (TORRE 2 - APTO 909)	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7760131023	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/08/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			701130575

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 366.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 366.500	$ 0	$ 366.500
SUBTOTALES:										**$ 366.500**	**$ 0**	**$ 366.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 286.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 286.400	$ 0	$ 0	$ 286.400
SUBTOTALES:													**$ 286.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 286.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 55.800	$ 55.800	$ 0	$ 0	$ 55.800
SUBTOTALES:									**$ 55.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 55.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES												SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																												
1	CC 1140846860	ALBOR GARIZABALDO ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.290.404			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2.290.404	$ 366.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 366.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.290.404	$ 286.400	$ 0	$ 286.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.290.404	114084686	$ 55.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 708.700**

$ 5'726.010.
CDP -> 1052 - 22/09/20
CRP -> 30652 - 31/09/20

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANDRES FELIPE ALBOR GARIZABALO

C.C 1140846860 DE BARRANQUILLA

La suma de $4.617.750, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO GENERAL en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2645-2020

Andres felipe Albor.

ANDRES FELIPE ALBOR GARIZABALO

Nombre de contratista

C.C.1140846860 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0570007380863022

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 BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YUDY ALEXANDRA SOTO MUÑETON											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E		NO.		1020744671					
CORREO ELECTRONICO:				soto_1213@hotmail.com				CELULAR:		3176356302					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS 71 PATIO BONITO							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				URGENCIAS				SEDE:		Sur					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	SU55B01	100%													
ENTIDAD FINANCIERA:			BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:			Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				20285103658							PENSIONADO		No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2424-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7		
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP		30459	FECHA	31/07/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como MEDICO URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
			1	8	2020		31	8	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					$5.726.010					
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			NO				

OBSERVACIONES: (SE REALIZA PAGO DE HONORARIOS REALIZADOS ADICIONALES EN EL MES DE AGOSTO DE 84 HORAS POR UN VALOR DE $ 2,585940) 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:	$48.940.268
VALOR EJECUTADO	$48.940.268
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$8.311.950**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
44415832	$3.200.608	$400.076	$512.097	3	$77.967	**$990.140**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alexandra Soto M
YUDY ALEXANDRA SOTO M
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.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS			Sede: USS 71 PATIO BONITO						
No. DE CONTRATO:	2424-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	8	2020		31	8	2020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YUDY ALEXANDRA SOTO MUÑETON		C. C.	1.020.744.671			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 MEDICO URGENCIAS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
verificar las listas de programacion y cumplir con los turnos del servicio de urgencias	Programado	Verifique y cumpli con la programación de turnos de servicios e informar con anticipación al líder encargado de programar turnos en el evento de presentarse cruce de horarios.	Se realiza cumplimiento de turnos programados en el mes.
realizar y registrar la recepcion y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el hospital.	Programado	Realice y registre la recepción y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el Hospital.	Se recibe y entrega de turno diario.
revisar y cumplir los protocolos, normas tecnicas,guias de manejo y propias el area p	Programado	· Revise y cumpli con las guías de manejo, protocolos y procedimientos establecidos por el Hospital.	Se cumple con las guias de manejo , protocolos y procedimientos establecidos en el hospital.
cumplir los procedimientos de rfernecia y contra referencia establecidos en la normatividad vigente	Programado	· Cumpli con los procedimientos de referencia y contrarreferencia establecidos en la normatividad vigente y en especial anexo 3 de la SDS- Contrato vinculados.	Se realiza actualizacion de remisiones de forma diaria, cumpliendo con lineamientos establecidos.
· Diligenciar los registros clínicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clínicas y demas registros legibles.	Programado	· Diligencie los registros clínicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clínicas y en especial historias clínicas de urgencias, evoluciones, epicrisis y demás registros en forma legible.	Se realiza diligenciamiento de historias clinicas de manera coherente y completa, de documentación requerida según sea el caso.
· Diligenciar correctamente y de formacompleta los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Programado	· Diligencie los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Diligenciamiento completo y claro en solicitud de laboratorios y otros.
diligenciar las fichas de notificacion obligatoria acorde con las normas definidas por el ministerio de salud	Programado	· Entrege los registros de lesiones de causa externas, certificados de nacido vivo, registros civiles y RIPS legibles acorde con la normatividad vigente al técnico de estadística de la sede.	Se realiza llenado de lesiones de causa externa a pacientes que lo requieran para notificacion, RIPS,
. Participar en la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	Programado	. Participe en la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	durante el mes no hubo comité de auditoria de historias clinicas
.Mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guías de atención necesarias para el desempeño en su labor	Programado	.me mantengo actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guías de atención necesarias para el desarrollo del objeto de la orden.	He participado en las capacitaciones para la prestación del servicio
cumplir con las actividades incluidas dentro de la Implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol , programas de seguridad del paciente y de humanizacion	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se temine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion

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	1020744671	YUDY ALEXANDRA SOTO MUÑETON	carrera 81 h # 75-85 sur	3176356302	soto_1213@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	I	03/08/2020	44415832	$776.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	313.700	0		0		0	0	0	0	313.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	401.500	0	0	0	0	0	0		401.500	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	61.200				61.200	0	0	61.200			612	61.200	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	313.700	313.700
Pensión	1	401.500	401.500
Riesgos Laborales	1	61.200	61.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	776.400	776.400

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:

YUDY ALEXANDRA SOTO MUÑETON

C.C 1020744671 DE BOGOTA

La suma de $8.311.950, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO GENERAL en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2424-2020

Alexandra SOTO M

YUDY ALEXANDRA SOTO MUÑETON

Nombre de contratista

C.C.1020744671 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 20285103658

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:			WILLIAM ORLANDO TEQUIA GUZMAN										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		1030572441				
CORREO ELECTRONICO:			william.tequia@hotmail.com				CELULAR:		3502620871				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							USS 71 PATIO BONITO						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URGENCIAS				SEDE:		Sur				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55B01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA						TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			91205700167								PENSIONADO		No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5335-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2				
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	32379	FECHA	31/07/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como MEDICO URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**										
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
			1	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2.863.005								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			NO					

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:	$9.925.084
VALOR EJECUTADO	$6.187.785
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$2.863.005**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.737.299
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	62%

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
44701534	$1.329.912	$166.239	$212.786	3	$32.397	**$411.422**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

William Tequia
WILLIAM ORLANDO TEQUIA GUZMAN
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
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicacion del Servicio:	URGENCIAS			Sede: USS 71 PATIO BONITO						
No. DE CONTRATO:	5335-2020	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año	
			1	8	2.020		31	8	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	WILLIAM ORLANDO TEQUIA GUZMAN		C. C.	1.030.572.441			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 MEDICO URGENCIAS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
verificar las listas de programacion y cumplir con los turnos del servicio de urgencias	Programado	Verifique y cumpli con la programación de turnos de servicios e informar con anticipación al lider encargado de programar turnos en el evento de presentarse cruce de horarios.	Se realiza cumplimiento de turnos programados en el mes.
realizar y registrar la recepcion y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el hospital.	Programado	Realice y registre la recepción y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el Hospital.	Se recibe y entrega de turno diario.
revisar y cumplir los protocolos, normas tecnicas,guias de manejo y propias el area p	Programado	· Revise y cumpli con las guias de manejo, protocolos y procedimientos establecidos por el Hospital.	Se cumple con las guias de manejo , protocolos y procedimientos establecidos en el hospital.
cumplir los procedimientos de rfernacia y contra referencia establecidos en la normatividad vigente	Programado	· Cumpli con los procadimientos de referencia y contrarreferencia establecidos en la normatividad vigente y en especial anexo 3 de la SDS- Contrato vinculados.	Se realiza actualizacion de remisiones de forma diaria, cumpliendo con lineamientos establecidos.
Diligenciar los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clínicas y demas registros legibles.	Programado	· Diligencie los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y en especial historias clínicas de urgencias, evoluciones, epicrisis y demás registros en forma legible.	Se realiza diligenciamiento de historias clinicas de manera coherente y completa, de documentación requerida según sea el caso.
Diligenciar correctamente y de formacompleta los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Programado	· Diligencie los diferentes registres (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Diligenciamiento completo y claro en solicitud de laboratorios y otros.
diligenciar las fichas de notificacion obligatoria acorde con las normas definidas por el ministerio de salud	Programado	· Entregue los registros de lesiones de causa externas, certificados de nacido vivo, registres civiles y RIPS legibles acorde con la normatividad vigente al técnico de estadística de la sede.	Se realiza llenado de lesiones de causa externa a pacientes que lo requieran para notificación, RIPS.
. Participar on la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	Programado	· Participe en la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	durante el mes no hubo comité de auditoria de historias clinicas
Mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guias de atención necesarias para al desempeño en su labor	Programado	.me mantengo actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guias de atención necesarias para el desarrollo del objeto de la orden.	He participado en las capacitaciones para la prestación del servicio
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion, desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol , programas de seguridad del paciente y de humanizacion	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se termineda rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio.	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos

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	1030572441	WILLIAM ORLANDO TEQUIA GUZMAN	cr 81 f # 16a-24	9309430	william.tequia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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	
2020-07	2020-07	I	13/08/2020	44701534	$364.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	147.400	0		0		0	0	0	0	147.400	1

TOTALES PENSION												
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	188.700	0	0	0	0	0	0		188.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-11	ARL SURA	890903790-5	28.800				28.800	0	0	28.800			288	28.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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	147.400	147.400
Pensión	1	188.700	188.700
Riesgos Laborales	1	28.800	28.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	364.900	364.900

$2'863.005
CDP 1052. - 22/07/20
CRP 32379 - 31/07/20

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:

WILLIAM ORLANDO TEQUIA GUZMAN

C.C 1030572441 DE BOGOTA

La suma de $2.863.005, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO GENERAL en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 de Julio al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5335-2020

William Tequia

WILLIAM ORLANDO TEQUIA GUZMAN

Nombre de contratista

C.C.1030572441 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 91205700167

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:	JUAN CARLOS BARRETO DUARTE													
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79778033								
CORREO ELECTRONICO:	jbarreto44@gmail.com				CELULAR:	3102350254								
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS 71 PATIO BONITO													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Sur								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
	SU55B01	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros								
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	66943150096										PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2626-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	30635	FECHA	31/07/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como MEDICO URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.032.724									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

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:	$42.229.068
VALOR EJECUTADO	$42.229.068
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$6.032.724**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
9409228423	$2.413.090	$301.636	$386.094	3	$58.783	**$746.513**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Juan Carlos Barreto
JUAN CARLOS BARRETO DUARTE
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0093

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**URGENCIAS**					**Sede: CAPS PATIO BONITO**					
No. DE CONTRATO:	**2626-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	8	2.020		31	8	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**JUAN CARLOS BARRETO DUARTE**		**C. C.**		**79.778.033**		**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 **MEDICO URGENCIAS** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
· verificar las listas de programación y cumplir con los turnos del servicio de urgencias	Programado	Verifique y cumplí con la programación de turnos de servicios e informar con anticipación al líder encargado de programar turnos en el evento de presentarse cruce de horarios.	Se realiza cumplimiento de turnos programados en el mes.
realizar y registrar la recepción y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el hospital.	Programado	Realice y registre la recención y entroga de turno acorde con el procedimiento establecido por el Hospital.	Se recibe y entrega de turno diario.
revisar y cumplir los protocolos, normas tecnicas,guias de manejo y propias el area p	Programado	· Revise y cumplí con las guías de manejo, protocolos y procedimientos establecidos por el Hospital.	Se cumple con las guias de manejo , protocolos y procedimientos establecidos en el hospital.
cumplir los procedimientos de rfernecia y contra referencia establecidos en la normatividad vigente	Programado	· Cumplí con los procedimientos de referencia y contrarreferencia establecidos en la normatividad vigente y en especial anexo 3 de la SDS- Contrato vinculados.	Se realiza actualizacion de remisiones de forma diaria, cumpliendo con lineamientos establecidos.
· Diligenciar los registros clínicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clínicas y demás registros legibles.	Programado	· Diligencie los registros clínicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clínicas y en especial historias clínicas de urgencias, evoluciones, epicrisis y demás registros en forma legible.	Se realiza diligenciamiento de historias clinicas de manera coherente y completa, de documentación requerida según sea el caso.
· Diligenciar correctamente y de formacompleta los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Programado	· Diligencie los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Diligenciamiento completo y claro en solicitud de laboratorios y otros.
diligenciar las fichas de notificacion obligatoria acorde con las normas definidas por el ministerio de salud	Programado	· Entrege los registros de lesiones de causa externas, certificados de nacido vivo, registros civiles y RIPS legibles acorde con la normatividad vigente al técnico de estadística de la sede.	Se realiza llenado de lesiones de causa externa a pacientes que lo requieran para notificacion, RIPS,
· Participar en la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	Programado	. Participe en la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	durante el mes no hubo comité de auditoria de historias clínicas
.Mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guías de atención necesarias para el desempeño en su labor	Programado	.me mantengo actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guías de atención necesarias para el desarrollo del objeto de la orden.	He participado en las capacitaciones para la prestación del servicio
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integrado de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol , programas de seguridad del paciente y de humanizacion	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(incluye induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se termine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79778033		BARRETO DUARTE JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 58 C #152 B - 66 A503 I15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6090986	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	702568925	9409228423	I	2020/08/11	2020/08/04	BANCOLOMBIA	0	$765,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$396,000	$0	$0	$396,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$396,000	$0	$0	$396,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,300	$0	$0	$60,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$60,300	$0	$0	$60,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$309,400	$0	$0	$309,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$309,400	$0	$0	$309,400
TOTAL				1	$765,700	$0	$0	$765,700

$ 6'032.724.
CDP - 1052 - 22/07/20.
CRP - 30635 - 31/07/20

2020/08/04 04:34 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JUAN CARLOS BARRETO DUARTE

C.C. 79.778.033 DE BOGOTA

La suma de $6.032.724, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO GENERAL en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2626-2020

Juan Carlos Barreto

JUAN CARLOS BARRETO DUARTE

Nombre de contratista

C.C. 79778033 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 66943150096

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:	LUIS ENRIQUE CASTILLO CARDENAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79710014							
CORREO ELECTRONICO:	bomberocolombia@hotmail.com				CELULAR:	3187730471							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS 71 PATIO BONITO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55B03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590316761								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2625-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	30634	FECHA	31/07/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como ENFERMERO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.192.318									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

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:	$22.346.226
VALOR EJECUTADO	$22.346.226
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$3.192.318**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
1031095645	$1.276.927	$159.616	$204.308	3	$31.106	**$395.030**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luis Enrique Castillo
LUIS ENRIQUE CASTILLO CARDENAS
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**URGENCIAS**		**Sede: CAPS PATIO BONITO**							
No. DE CONTRATO:	**2625-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	8	2.020		31	8	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**CASTILLO CARDENAS LUIS ENRIQUE**		**C. C.**	**79.710.014**		**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 **JEFE DE ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Verificar y cumplir la prgramacion de turnos del servicio de urgencias	Programado	Asistencia a cada turno programado por la coordinación del punto de atención	cumplimiento en los turnos asignados
realizar y registrar la recepción y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el hospital	Programado	diligenciamiento diario del libro de recibo y entrga de turno de enfermería	registro en bitacora de enfermería
cumplir con los protocolos , normas, tecnicas, guias de manejo, propias del area	Programado	lectura continua de cada protocolo y procedimiento para el servicio de urgencias	Cumplimiento de los protocolos y procedimiento de enfermería
verificar el carro de paro y equipo de reanimaciñon de urgencias y sala de partos en la entrega de turno, registrar las novedades en el libro destinado para tal fin y kit de atención a maternas y victimas de abuso sexual	Programado	semaforización de medicamentos, insumos biomedicos, realizando los cambios necesarios	reposición y semaforizacón de los medicamentos e insumos biomedicos durante los turnos en los cuales se presentaron reanimaciones y se abrio el carro de paro.
diligenciar los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y demas registros e informes en forma veraz y legible.	Programado	Adherencia al decreto 1995/1999	cumpliendo del correcto manejo de historias clinicas.
cumplir con el manualde procesos y procedimientos de la institucion	Programado	Adherencia a cada guía, protocolo y procedimiento para el servicio de urgencias	fortalecimiento en el desarrollo de resultados de cada protocolo, norma tecnica del servicio de urgencias
realizar la distribución y supervision de actividades del personal auxiliar durante el turno	Programado	administración de medicamentos según las ordenes medicas establecidas individualemte	cumplimiento de tareas asignadas y propias del auxiliar de enfermería
Administrar medicamentos acorde con las órdenas médicas	Programado	asignación de actividades a cada auxiliar durante el desarrollo de actividades en el turno	administración correcta de medicamentos sin la presencia de eventos adversos o reacciones adversas
mantensrse actualziado y capacitado en la reglamentacion , normas, guias de atencion noceasarias para l desempeño en su labor	Programado	se asiste a capacitaciones asignadas para la actualizacion	se asiste a capacitaciones asignadas para la actualizacion
Apoyar al profesional médico en la realización de procedimientos del servicio de urgencias o pacientes en observación y hospitalzacion	Programado	ofrecer apoyo de enfermería según se requiera por parte del personal de medicina	desarrollo de actividades de forma satisfactoria
cumplir con las recomendaciones das por los profesionales del servicio en lo relacionado con manejo, seguimientoy controles medicos del paciente	Programado	cumplimiento de ordenes medicas segun criterio medico	Llevar acabo los procesos y procedimientos de acuerdo a la clinica del paciente
participar en las acciones de vigilancia epidemiologica de situaciones que sean factores de riesgo para la pobiacion.	Programado	se verifica que se hagan las notificaciones obligatorias acorde con las normas	se verifica notificacion
participar en la induccion de demanda a los programas de promocion y prevencion	Programado	se hace demanda de pyp	se hace demanda de pyp
reportar oportunamente las anomalias en la prestacion del servicio al supervisor del contrato	Programado	se hace los reportes necesarios del servicio	se hace los reportes necesarios del servicio
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est todo lo relacionado con sgurirad y autocontrol , programar de	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se temine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos
cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la insititucion y manejo de desechos hospitalarios	Programado	se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad	se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi rismo durante la realizacion de actividades
presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley	Programado	se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL	Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension
Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado	se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden	se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden,

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS MCTE ($3,192,318)

Luis Enrique Castillo 79710014

NOMBRE COMPLETO,CEDULA 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.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-08-11, 01:29:05 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1031095645 **Referencia pago(PIN)** 8803159290

Periodo Cotización 202007 **Periodo Servicio** 202007

Cliente:

PAGADA 2020-08-04

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS ENRIQUE CASTILLO CARDENAS				
Documento	CC 79710014	**Dirección**	CR 8 #10 - 07		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3187730471		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	MADRID	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79710014		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CASTILLO CARDENAS LUIS ENRIQUE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.278.000	230301		16 %	$ 1.278.000	$ 204.500	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1.278.000	$ 159.800	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.278.000	$ 31.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 204.500	$ 0	$ 0	$ 159.800	$ 31.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 395.500

$ 3'192.318.
(CDP) 1052 - 22/07/20
(CRP) 30634 - 31/07/20

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUIS ENRIQUE CASTILLO CARDENAS

C.C. 79.710.014 DE BOGOTA

La suma de $3.192.318, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como ENFERMERO JEFE en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2625-2020

LUIS ENRIQUE CASTILLO CARDENAS

Nombre de contratista

C.C. 79.710.014 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7590316761

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 BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			MARTHA LUCIA MARQUEZ ESTUPIÑAN										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		24148879				
CORREO ELECTRONICO:			marthalmar@hotmail.com				CELULAR:		3002860517				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							USS 71 PATIO BONITO						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URGENCIAS				SEDE:		Sur				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55B03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:			Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			00828007753-1							PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2423-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	30458	FECHA	31/07/2020
OBJETO DEL CONTRATO:		**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como ENFERMERO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**					

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	8	2020		31	8	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$3.192.318						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			NO			

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:	$22.346.226
VALOR EJECUTADO	$22.346.226
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$3.192.318**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
72884610	$1.276.927	$159.616	$204.308	3	$31.106	**$395.030**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARTHA LUCIA MARQUEZ
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
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		Sede: CAPS PATIO BONITO						
No. DE CONTRATO:	2423-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARQUEZ ESTUPIÑAN MARTHA LUCIA		C. C.	24.148.879		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 **JEFE DE ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Verificar y cumplir la prgramacion de turnos del servicio de urgencias	Programado	Asistencia a cada turno programado por la coordinación del punto de atención	cumplimiento en los turnos asignados
realizar y registrar la recepción y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el hospital	Programado	diligenciamiento diario del libro de recibo y entrga de turno de enfermería	registro en bitacora de enfermería
cumplir con los protocolos , normas, tecnicas, guias de manejo, propias del area	Programado	lectura continua de cada protocolo y procedimiento para el servicio de urgencias	Cumplimiento de los protocolos y procedimiento de enfermería
verificar el carro de paro y equipo de reanimaciñon de urgencias y sala de partos en la entrega de turno, registrar las novedades en el libro destinado para tal fin y kit de atención a maternas y victimas de abuso sexual	Programado	semaforización de medicamentos, insumos biomedicos, realizando los cambios necesarios	reposición y semaforizacón de los medicamentos e insumos biomedicos durante los turnos en los cuales se presentaron reanimaciones y se abrio el carro de paro.
diligenciar los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y demas registros e informes en forma veraz y legible.	Programado	Adherencia al decreto 1995/1999	cumpliendo del correcto manejo de historias clinicas.
cumplir con el manualde procesos y procedimientos de la institucion	Programado	Adherencia a cada guía, protocolo y procedimiento para el servicio de urgencias	fortalecimiento en el desarrollo de resultados de cada protocolo, norma tecnica del servicio de urgencias
realizar la distribución y supervision de actividades del personal auxiliar durante el turno	Programado	administración de medicamentos según las ordenes medicas establecidas individualemte	cumplimiento de tareas asignadas y propias del auxiliar de enfermería
Administrar medicamentos acorde con las órdenas médicas	Programado	asignación de actividades a cada auxiliar durante el desarrollo de actividades en el turno	administración correcta de medicamentos sin la presencia de eventos adversos o reacciones adversas
mantenerse actualziado y capacitado en la reglamentacion , normas, guias de atencion neceasarias para l desempeño en su labor	Programado	se asiste a capacitaciones asignadas para la actualizacion	se asiste a capacitaciones asignadas para la actualizacion
Apoyar al profesional médico en la realización de procedimientos del servicio de urgencias o pacientes en observación y hospitalzacion	Programado	ofrecer apoyo de enfermería según se requiera por parte del personal de medicina	desarrollo de actividades de forma satisfactoria
cumplir con las recomendaciones das por los profesionales del servicio en lo relacionado con manejo, seguimientoy controles medicos del paciente	Programado	cumplimiento de ordenes medicas segun criterio medico	Llevar acabo los procesos y procedimientos de acuerdo a la clinica del paciente
participar en las acciones de vigilancia epidemiologica de situaciones que sean factores de riesgo para la poblacion.	Programado	se verifica que se hagan las notificaciones obligatorias acorde con las normas	se verifica notificacion
participar en la induccion de demanda a los programas de promocion y prevencion	Programado	se hace demanda de pyp	se hace demanda de pyp
reportar oportunamente las anomalias en la prestacion del servicio al supervisor del contrato	Programado	se hace los reportes necesarios del servicio	se hace los reportes necesarios del servicio
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est [illegible]	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se temine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos
cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la insititucion y manejo de desechos hospitalarios	Programado	se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad	se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi mismo durante la realizacion de actividades
presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley	Programado	se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL	Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension
Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado	se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden	se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden,

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS MCTE ($3,192,318)

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 24148879

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.

Señor(es): MARTHA LUCIA MARQUEZ ESTUPINAN
Nit: CC 24148879
Dirección: AVDA CRA 68 60 97
Teléfono: 5406826 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	MARTHA LUCIA MARQUEZ
Tipo y número de identificación	24148879
Número de radicación / planilla	8344547865
Fecha de pago	8/12/2020
Número de autorización de pago	72884610
Banco	1023
Valor pago en mora	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2020
Periodo cotización pensión	Julio 2020
Periodo cotización caja	Julio 2020
Número de administradoras	4
Total Pagado	$420.900
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$31.200	1
230301	Porvenir	$204.400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$25.600	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	$159.700	1

$ 3'192.318.
COP-1052 - 22/07/20
CEP. 30458 - 31/07/20

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:

MARTHA LUCIA MARQUEZ ESTUPIÑAN

C.C. 24.148.879

La suma de $3.192.318, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como ENFERMERA JEFE en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2423-2020

MARTHA LUCIA MARQUEZ ESTUPIÑAN

Nombre de contratista

C.C. 24.148.879

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 00828007753-1

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:	ALEJANDRA CELIS LOZANO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1031150737							
CORREO ELECTRONICO:	aleja_gars@hotmail.com				CELULAR:	3023404684							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS 71 PATIO BONITO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55B03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	00 1970202741								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2627-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	30636	FECHA	31/07/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como ENFERMERA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		15	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.192.318									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

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:	$22.346.226
VALOR EJECUTADO	$20.870.208
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.716.300**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.476.018
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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
44059565	$1.276.927	$159.616	$204.308	3	$31.106	**$395.030**

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

Alejandra Celis L.

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ALEJANDRA CELIS LOZANO
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**URGENCIAS**			**Sede: CAPS PATIO BONITO**						
No. DE CONTRATO:	**2627-2020**	**Periodo certificado desde el**		**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
				15	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**CELIS LOZANO ALEJANDRA**			**C. C.**		1.031.150.737	**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 **JEFE DE ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Verificar y cumplir la prgramacion de turnos del servicio de urgencias	Programado	Asistencia a cada turno programado por la coordinación del punto de atención	cumplimiento en los turnos asignados
realizar y registrar la recepción y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el hospital	Programado	diligenciamiento diario del libro de recibo y entrga de turno de enfermería	registro en bitacora de enfermería
cumplir con los protocolos , normas, tecnicas, guias de manejo, propias del area	Programado	lectura continua de cada protocolo y procedimiento para el servicio de urgencias	Cumplimiento de los protocolos y procedimiento de enfermería
verificar el carro de paro y equipo de reanimaciñon de urgencias y sala de partos en la entrega de turno, registrar las novedades en el libro destinado para tal fin y kit de atención a maternas y victimas de abuso sexual	Programado	semaforización de medicamentos, insumos biomedicos, realizando los cambios necesarios	reposición y semaforizacón de los medicamentos e insumos biomedicos durante los turnos en los cuales se presentaron reanimaciones y se abrio el carro de paro.
diligenciar los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y demas registros e informes en forma veraz y legible.	Programado	Adherencia al decreto 1995/1999	cumpliendo del correcto manejo de historias clinicas.
cumplir con el manualde procesos y procedimientos de la institucion	Programado	Adherencia a cada guia, protocolo y procedimiento para el servicio de urgencias	fortalecimiento en el desarrollo de resultados de cada protocolo, norma tecnica del servicio de urgencias
realizar la distribución y supervision de actividades del personal auxiliar durante el turno	Programado	administración de medicamentos según las ordenes medicas establecidas individualemte	cumplimiento de tareas asignadas y propias del auxiliar de enfermería
Administrar medicamentos acordo con las órdenas médicas	Programado	asignación de actividades a cada auxiliar durante el desarrollo de actividades en el turno	administración correcta de medicamentos sin la presencia de eventos adversos o reacciones adversas
mantensrse actualziado y capacitado en la reglamentacion , normas, guias de atencion neceasarias para l desempeño en su labor	Programado	se asiste a capacitaciones asignadas para la actualizacion	se asiste a capacitaciones asignadas para la actualizacion
Apoyar al profesional médico en la realización de procedimientos del servicio de urgencias o pacientes en observación y hospitalzacion	Programado	ofrecer apoyo de enfermería según se requiera por parte del personal de medicina	desarrollo de actividades de forma satisfactoria
cumplir con las recomendaciones das por los profesionales del servicio en lo relacionado con manejo, seguimientoy controles medicos del paciente	Programado	cumplimiento de ordenes medicas segun criterio medico	Llevar acabo los procesos y procedimientos de acuerdo a la clinica del paciente
participar en las acciones de vigilancia epidemiologica de situaciones que sean factores de riesgo para la poblacion.	Programado	se verifica que se hagan las notificaciones obligatorias acorde con las normas	se verifica notificacion
participar en la induccion de demanda a los programas de promocion y prevencion	Programado	se hace demanda de pyp	se hace demanda de pyp
reportar oportunamente las anomalias en la prestacion del servicio al supervisor del contrato	Programado	se hace los reportes necesarios del servicio	se hace los reportes necesarios del servicio
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est [illegible]	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se temine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos
cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la insititucion y manejo de desechos hospitalarios	Programado	se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad	se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi mismo durante la realizacion de actividades
presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley	Programado	se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL	Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension
Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado	se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden	se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden,

65800

108

3324780

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON SETECIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS PESOS MCTE ($1,716,300)

Alejandra Celis C.
1031150737

NOMBRE COMPLETO CEDULA 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.

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	1031150737	ALEJANDRA CELIS LOZANO	AV CARRERA 68 N 22 A 30	2568880	aleja_cars@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/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	1	03/08/2020	44059565	$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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A	830113831-0	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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. Autorizacion	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	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
Pension	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

$ 3'192.318
CDP - 1052 - 22/07/20.
CRP - 30636 - 31/07/20

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:

ALEJANDRA CELIS LOZANO

C.C. 1.031.150.737 DE BOGOTA

La suma de $1.716.300, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como ENFERMERA JEFE en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 15 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2627-2020

Alejandra Celis L.

ALEJANDRA CELIS LOZANO

Nombre de contratista

C.C. 1.031.150.737

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 001970202741

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:	YENI MILENA GARCIA RIAÑO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1023892766							
CORREO ELECTRONICO:					CELULAR:	3192484344							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS 71 PATIO BONITO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55B03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	00 7590418625								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2829-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	30808	FECHA	31/07/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

OBSERVACIONES: 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:	$12.141.150
VALOR EJECUTADO	$12.141.150
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.734.450**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
1031254230	$877,803	$109,725	$140,448	3	$21,383	**$271,557**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Yeni García
YENI MILENA GARCIA RIAÑO
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.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		Sede: CAPS PATIO BONITO						
No. DE CONTRATO:	2829-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GARCIA RIAÑO YENI MILENA		C. C.	1.023.892.766		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 **AUXILIAR DE ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
aplicar las normas , guias y protocolos en los servicios de urgencias , hospitalziacion , partos que garanticen la adecuada prestacion del servicio.	Programado	se aplican las normas, guias y protocolos de la institucion en la prestacion de servicios en urgencias	se aplican las normas, guias y protocolos a los pacientes atendidos en el servicio de observacion, en el servicio de hospitalizacion , reanimaciones y partos.
Mantener su respectivo servicio en orden y estricta limpieza	Programado	se realiza desinfeccion del servicio de manera semanal y diaria, durante el recibo y entrega de turno se revisa orden y limpieza de sitios y equipos.	se mantiene el servico limpio y ordenado con su adecuada desinfeccion de camillas y equipos, unidades y areas del servicio.
Esterilizar, preparar y responder por el material, y equipo y elementos que el hospital le suministre para el desarrrollo del objeto de la orden	Programado	se realiza material para esterilizacion y se responde por los equipos e insumos que se tienen en el servicio.	se realiza material de esterilizacion(gasas, torundas ,apositos). se responde por el material existente y lavado de equipos y desinfeccion,
Asistir y administrar la dieta al paciente.segun precripcion medica y de acuerdo con las normas tecnico cientificas	No Programado	no aplica	no aplica
realizar registro diario y consolidado mensual de las actividades realizadas en el sitio de trabajo, diligenciando de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean recomendados para el ejercicio de su actividad	Programado	se realiza registro diario y consolidado mensual de actividades	se realizan informes de gestion de cumplimiento mensual de actividades auxiliar de enfermeria en el area de urgencias
dar un uso racional a los insumos y equipos que el hospital le suministre para el desarrollo del objeto de la orden.	Programado	se da uso racional a los insumos	se da uso racional a los insumos
Participar en las acciones en vigilancia epidemiologica para situaciones que sean factor de riesgo para poblacion	No Programado	no aplica	no aplica
cumplir con el manual de procesos y procedimientos de la institucion	Programado	se realizan actividades según indica manueal de procesos y procedimientos	se cumple con con el manual de procesos y procedimientos
Reportar oportunamente las anomalizs en la prestarion del servicioal medico de turno y /o profesional especializado según sea el caso	No Programado	no se presento nada para reportar	no se reporta ninguna anomalia
mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentacion , normas, guias de atencion neresarias para el desempeño de su labor.	Programado	se asisten a las capacitaciones para actualizaciones en el servicio	se asiste a las actualziaciones de los temas
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol, programas de	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se temine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos
cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la insititucion y manejo de desechos hospitalarios	Programado	se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad	se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi mismo durante la realizacion de actividades
presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley	Programado	se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL	Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension
Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado	se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden	se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden,
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos
cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la insititucion y manejo de desechos hospitalarios	Programado	se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad	se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi mismo durante la realizacion de actividades
presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley	Programado	se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL	Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension
Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado	se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden	se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden,

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE ($1,734,450)

Yeni García
1023892766

NOMBRE COMPLETO,CEDULA 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.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-08-10, 01:29:03 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1031254230

Periodo Cotización: julio de 2020 **Periodo Servicio:** julio de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8810988620

PAGADO 10/08/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YENI MILENA GARCIA RIANO		
Documento	CC1023892766	**Dirección**	CL 51C SUR #4 - 67
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3195414115
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1023892766	YENI MILENA GARCIA RIAÑO	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 877,803	$ 140,500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877,803	$ 109,800	2.436	$ 877,803	$ 21,400	(CCF21) CAFAM	$ 877,803	$ 17,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289,300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877,803	$ 877,803	$ 877,803	$ 877,803	$ 140,500	$ 109,800	$ 21,400	$ 17,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289,300	$ 0	$ 289,300

$ 1'734.450
CDP- 1052- 22/09/20
CRP- 30808- 31/09/20

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YENI MILENA GARCIA RIAÑO

C.C. 1.023.892.766 DE BOGOTA

La suma de $1.734.450, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2830-2020

Yeni Milena García

YENI MILENA GARCIA RIAÑO

Nombre de contratista

C.C. 1.023.892.766 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007590418625

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:				ANA YANETH TORO CARDENAS										
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E		NO.		52541152				
CORREO ELECTRONICO:				yanethtoro@hotmail.com				CELULAR:		3164305177				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS 71 PATIO BONITO						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				URGENCIAS				SEDE:		Sur				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
	SU55B03	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:			Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				00 7590419318							PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			2830-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				7 DE 7	
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP		30809	FECHA			31/07/2020	
OBJETO DEL CONTRATO:		**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
				1	8	2020			30	8	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$1.734.450							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			NO				

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:	$12.141.150
VALOR EJECUTADO	$12.141.150
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.734.450**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
5158963410	$877,803	$109,725	$140,448	3	$21,383	**$271,557**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ana Yaneth Toro
ANA YANETH TORO CARDENAS
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS			**Sede: CAPS PATIO BONITO**					
No. DE CONTRATO:	2830-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TORO CARDENAS ANA YANETH		**C. C.**	52.541.152		**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 **AUX DE ENFERMERIA** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
aplicar las normas , guias y protocolos en los servicios de urgencias , hospitalziacion , partos que garanticen la adecuada prestacion del servicio.	Programado	se aplican las normas, guias y protocolos de la institucion en la prestacion de servicios en urgencias	se aplican las normas, guias y protocolos a los pacientes atendidos en el servicio de observacion, en el servicio de hospitalizacion , reanimaciones y partos.
Mantener su respectivo servicio en orden y estricta limpieza	Programado	se realiza desinfeccion del servicio de manera semanal y diaria, durante el recibo y entrega de turno se revisa orden y limpieza de sitios y equipos.	se mantiene el servico limpio y ordenado con su adecuada desinfeccion de camillas y equipos, unidades y areas del servicio.
Esterilizar, preparar y responder por el material, y equipo y elementos que el hospital le suministre para el desarrrollo del objeto de la orden	Programado	se realiza material para esterilizacion y se responde por los equipos e insumos que se tienen en el servicio.	se realiza material de esterilizacion(gasas, torundas ,apositos). se responde por el material existente y lavado de equipos y desinfeccion,
Asistir y administrar la dieta al paciente segun precripcion medica y de acuerdo con las normas tecnico cientificas	No Programado	no aplica	no aplica
realizar registro diarioy consolidado mensual de las actividades realizadas en el sitio de trabajo, diligenciando de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad	Programado	se realiza registro diario y consolidado mensual de actividades	se realizan informes de gestion de cumplimiento mensual de actividades auxiliar de enfermeria en el area de urgencias
dar un uso racional a los insumos y equipos que el hospital le suministre para el desarrollo del objeto de la orden.	Programado	se da uso racional a los insumos	se da uso racional a los insumos
Participar en las acciones en vigilancia epidemiologica para situaciones que sean factor de riesgo para poblacion	No Programado	no aplica	no aplica
cumplir con el manual de procesos y procedimientos de la institucion	Programado	se realizan actividades según indica manueal de procesos y procedimientos	se cumple con con el manual de procesos y procedimientos
Reportar oportunamente las anomalias en la prestacion del servicioal medico de turno y /o profesional especializado según sea el caso	No Programado	no se presento nada para reportar	no se reporta ninguna anomalia
mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentacion , normas, guias de atencion necesarias para el desempeño de su labor.	Programado	se asisten a las capacitaciones para actualizaciones en el servicio	se asiste a las actualziaciones de los temas
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol, programas de	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se temine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos
cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la insititucion y manejo de desechos hospitalarios	Programado	se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad	se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi mismo durante la realizacion de actividades
presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley	Programado	se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL	Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension
Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado	se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden	se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden,
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos
cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la insititucion y manejo de desechos hospitalarios	Programado	se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad	se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi mismo durante la realizacion de actividades
presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley	Programado	se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL	Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension
Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado	se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden	se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden,

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE ($1,734,450)

Ana Yaneth Toro
52541172

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y UNO MIL VEINTICUATRO PESOS MCTE ($1.671.024)

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52541152
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ANA YANETH TORO CARDENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 29 46 88 SUR	TELÉFONO:	5103669
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			5158963410	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/08/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0972140593

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA				APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										**$ 140.500**	**$ 0**	**$ 140.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 109.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									**$ 21.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 21.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES							
																											PENSIÓN								SALUD								ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52541152	TORO CARDENAS ANA YANETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 877.803			NO																		230201-PROTECCION	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS008-COMPENSAR	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	52541152	$ 21.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 271.700

$ 1'734.400

(OP-) 1052 - 22/07/20

(OP-) 30809 - 31/09/20

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANA YANETH TORO CARDENAS

C.C. 52541152 DE BOGOTA

La suma de $1.734.450, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2830-2020

Ana Yaneth Toro

ANA YANETH TORO CARDENAS

Nombre de contratista

C.C. 52541152 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007590419318

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:	JOSE LEONARDO ORTIZ ROJAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1030530007							
CORREO ELECTRONICO:	leonardo_2386@hotmail.es				CELULAR:	3107666293							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS 71 PATIO BONITO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU55B03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	21396331826								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	2421-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	30457	FECHA	31/07/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

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:	$12.141.150
VALOR EJECUTADO	$12.141.150
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.734.450**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
1031102140	$877,803	$109,725	$26,334	3	$21,383	**$157,443**

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

Leonardo Ortiz

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOSE LEONARDO ORTIZ ROJAS
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**URGENCIAS**			**Sede: CAPS PATIO BONITO**						
No. DE CONTRATO:	**2421-2020**	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ORTIZ ROJAS JOSE LEONARDO			**C. C.**	1.030.530.007			**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 **AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
aplicar las normas , guias y protocolos en los servicios de urgencias , hospitalziacion , partos que garanticen la adecuada prestacion del servicio.	Programado	se aplican las normas, guias y protocolos de la institucion en la prestacion de servicios en urgencias	se aplican las normas, guias y protocolos a los pacientes atendidos en el servicio de observacion, en el servicio de hospitalizacion , reanimaciones y partos.
Mantener su respectivo servicio en orden y estricta limpieza	Programado	se realiza desinfeccion del servicio de manera semanal y diaria, durante el recibo y entrega de turno se revisa orden y limpieza de sitios y equipos.	se mantiene el servico limpio y ordenado con su adecuada desinfeccion de camillas y equipos, unidades y areas del servicio.
Esturilizar, preparar y responder por el material, y equipo y elementos que el hospital le suministre para el desarrrollo del objeto de la orden	Programado	se realiza material para esterilizacion y se responde por los equipos e insumos que se tienen en el servicio.	se realiza material de esterilizacion(gasas, torundas ,apositos). se responde por el material existente y lavado de equipos y desinfeccion,
Asistir y administrar la dieta al paciente.segun prercripcion medica y de acuerdo con las normas tecnico cientificas	No Programado	no aplica	no aplica
realizar registro diario y consolidado mensual de las actividades realizadas en el sitio de trabajo, diligenciando de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	Programado	se realiza registro diario y consolidado mensual de actividades	se realizan informes de gestion de cumplimiento mensual de actividades auxiliar de enfermeria en el area de urgencias
dar un uso racional a los insumos y equipos que el hospital le suministre para el desarrollo del objeto de la orden.	Programado	se da uso racional a los insumos	se da uso racional a los insumos
Participar en las acciones en vigilancia epidemiologica para situaciones que sean factor de riesgo para poblacion	No Programado	no aplica	no aplica
cumplir con el manual de procesos y procedimientos de la institucion	Programado	se realizan actividades según indica manueal de procesos y procedimientos	se cumple con con el manual de procesos y procedimientos
Reportar oportunamente las anomalias en la prestacion del servicioal medico de turno y /o profesional especializado según sea el caso	No Programado	no se presento nada para reportar	no se reporta ninguna anomalia
mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentacion , normas, guias de atencion necesarias para el desempeño de su labor.	Programado	se asisten a las capacitaciones para actualizaciones en el servicio	se asiste a las actualziaciones de los temas
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol , programas de	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se temine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos
cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la insititucion y manejo de desechos hospitalarios	Programado	se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad	se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi mismo durante la realizacion de actividades
presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley	Programado	se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL	Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension
Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado	se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden	se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden,
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos
cumplir con las indicaciones emitidas en el manual de bioseguridad de la insititucion y manejo de desechos hospitalarios	Programado	se utilizan normas y se siguen los protocolos de bioseguridad	se siguen los protocolos de bioseguridad por medio de la revision de guardianes, canecas y otros durante el mes, asi mismo durante la realizacion de actividades
presentar mensualmente el aporte de slaud, pension y ARL de acuerdo a la ley	Programado	se entrega soporte de cuentas salud pension y ARL	Se presenta de manera mensual y oportuna los requisitos exigidos por la institucion. En cuanto a salud y pension
Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado	se realizan las actividades en general para el cumplimiento de la orden	se apoyan en general las actividades para el cumplimiento de la orden,

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE ($1,734,450)

Leonardo Ortiz

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 1030530007.

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-08-11, 12:26:40 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1031102140

Periodo Cotización: julio de 2020 **Periodo Servicio:** julio de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8815865980

PAGADO 11/08/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE LEONARDO ORTIZ ROJAS		
Documento	CC1030530007	**Dirección**	CRA 81 G BIS # 54 C 06 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4537758
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1030530007	JOSE LEONARDO ORTIZ ROJAS	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 877.803	$ 140.500	(EPS001) ALIANSALUD	$ 877.803	$ 109.800	2.436	$ 877.803	$ 21.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 140.500	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700	$ 0	$ 271.700

$ 1'734 050
CDP 7052 - 22/07/20
CRP 30457 - 31/07/20

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOSE LEONARDO ORTIZ ROJAS

C.C. 1030530007 DE BOGOTA

La suma de $1.734.450, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2421-2020

Leonardo Ortiz.

JOSE LEONARDO ORTIZ ROJAS

Nombre de contratista

C.C. 1030530007 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 21396331826

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:			MADALINA ORTIZ PAEZ										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		52515512				
CORREO ELECTRONICO:			madalina1279@hotmail.com				CELULAR:		3219814196				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							71 PATIO BONITO						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URGENCIAS				SEDE:		Sur				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55B03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:			Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			4 51870050320							PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3899-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				7 DE 7		
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP		31758	FECHA		31/07/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:		**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
			1	8	2020		31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1.558.122								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			NO					

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:	$10.906.854
VALOR EJECUTADO	$10.906.854
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.558.122**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
44221931	$877,803	$109,725	$140,448	3	$21,383	**$271,557**

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

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Madalina Ortiz
MADALINA ORTIZ
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.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ASISTENCIAL		Sede: USS 71 PATIO BONITO						
No. DE CONTRATO:	3899-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MADALINA ORTIZ PAEZ		C. C.	52.515.512		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 auxiliar de enfermería 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
6-Realizar el registro diario y consolidado mensual de las actividades realizadas en el sitio de trabajo, diligenciando de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	**Programado**	100%	Diligenciamiento de aplicativos de,GESTANTES,CRONICOS.	Registro de los usuarios en los aplicativos de GESTANTES,CRONICOS y formato de seguimiento a usuarios inscritos en los programas de pyd en historia clínica.
2- Educar al individuo, familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia.	**Programado**	100%	Se realizo educación al individuo, familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia.	Registro de la educación al individuo, familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia.den los aplicativos de PAI ,GESTANTES,CRONICOS.y formato de seguimiento a usuarios inscritos en los programas de pyd en historia clínica.
4-Aplicar las normas, guías y protocolos en el servicio de consulta externa que garanticen la adecuada prestación del servicio, de acuerdo a su ubicación.	**Programado**	100%	Se Aplican las normas y guías de consejería en lactancia materna que garanticen la adecuada estrategia IAMI	Registro en libro de actividades diarias de la aplicación de las normas y guías de consejería en lactancia materna que garanticen la ejecución de la estrategia IAMI
11-Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.	**Programado**	100%	Propicio las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.	Registro en libro de actividades diarias de las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.
23-Presentar al área de financiera-Cuentas por pagar y al supervisor de la orden copia del recibo de pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social (Salud, pensión y ARL) en los porcentajes que indique la ley para tal fin.	**Programado**	100%	Presento al área de financiera-Cuentas por pagar y al supervisor de la orden copia del recibo de pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social (Salud, pensión y ARL) en los porcentajes que indique la ley para tal fin.	Mi planilla

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS MCTE ($1,558,122)

Madalinca Ortiz

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL 52515512

Firma de recibido supervisor: _____

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	52515512	MADALINA ORTIZ PAEZ	CRA 88 C BIS # 71-27 SUR	5702181	madalina1279@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
					TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	I	05/08/2020	44221931	$271.700	

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	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	140.500	140.500
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	271.700	271.700

$ 1'558.122.
CDP - 1052 - 22/07/20
CRP - 31758 - 31/07/20

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:

MADALINA ORTIZ PAEZ

C.C. 52515512 DE BOGOTA

La suma de $1.558.122, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Agosto de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3899-2020

MADALINA ORTIZ PAEZ

Nombre de contratista

C.C. 52.515.512 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 451870050320