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			11 DE 11				
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53327	FECHA	30/11/2020				
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	12	2020		31	12	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.032.724										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO								

OBSERVACIONES: (SE REALIZA PAGO DE HONORARIOS DE 192 HORAS DEL MES DE DICIEMBRE) 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:	$66.554.568
VALOR EJECUTADO	$66.554.568
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$6.227.328**
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
19218403	$2.490.931	$311.366	$398.549	3	$60.679	**$770.594**

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Javier Escorihuela R.
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	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:	2624-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	12	2.020		31	12	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
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	Programado	se realizan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	se diligencia completamente la historia clinica en el aplciativo
llevar registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y	Programado	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y	se realiza diligencimiento de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e Informe de gestion)
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	se diligencia completamente la historia clinica en el aplciativo
participar en la programacion de actividades del area	Programado	se participa en la programacion de actividades del area	se cumple con las horas establecidas y se participa en la actividades de desarrollo de la Unidad
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	Programado	se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	Programado	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Programado	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Programado	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	se diligencia legible completamente los formatos
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	No Programado	se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	se realizal controles a los pacientes que generan atencion
Informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	Programado	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar
emitir conceptos medicos que se le requieran	Programado	se emiten conceptos medicos que se le requieran	mesualinente se particpa en las UAT establecidas por la red

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:	2020-12-10
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-12-03
FECHA DE PAGO:	2020-12-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2020-11
PERIODO SALUD:	2020-11
NUMERO PLANILLA:	19218403
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	19218403
TIPO DE PLANILLA:	I

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

$ 6'227.328

CDP - 1723 - 26/11/20

CDP - 53327 - 30/11/20

192 horas

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/01/2020

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 $6.227.328, 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 Diciembre 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:	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				11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53329	FECHA	30/11/2020				
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	12	2020		31	12	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) SE REALIZA PAGO DE HONORARIOS DE 180 HORAS REALZIADAS EN EL MES DE DICIEMBRE

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$66.165.360
VALOR EJECUTADO	$66.165.360
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$5.838.120**
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
9413778948	$2.413.089	$301.636	$386.094	3	$58.783	**$746.513**

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Salud

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	12	2.020		31	12	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
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	Programado	se reallzan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	se diligencia completamente la historia clinica en el aplciativo
llevar registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y	Programado	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y	se realiza diligencimiento de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e Informe de gestion)
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	se diligencia completamente la historia clinica en el apiciativo
participar en la programacion de actividades del area	Programado	se participa en la programacion de actividades del area	se cumple con las horas establecidas y se participa en la actividades de desarrollo de la Unidad
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	Programado	se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	Programado	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordonados al paciente	Programado	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordonados al paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Programado	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	se diligencia legible completamente los formatos
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	No Programado	se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	se realzai controles a los pacientes que generan atencion
informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	Programado	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar
emitir conceptos medicos que se le requieran	Programado	se emiten conceptos medicos que se le requieran	mesualmente se particpa en las UAT establecidas por la red

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
2020-11	2020-11	824539279	9413778948	I	2020/12/09	2020/12/09	BANCOLOMBIA	0	$765,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,474,762	$396,000			$2,474,762	$309,400			$0	$0			$2,474,762	$60,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,474,762	$396,000			$2,474,762	$309,400			$0	$0			$2,474,762	$60,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,474,762	$396,000			$2,474,762	$309,400			$0	$0			$2,474,762	$60,300		$0	$0
1	CC 79778033	BARRETO JUAN	231001	30	$2,474,762	$396,000	EPS005	30	$2,474,762	$309,400		0	$0	$0	14-11	30	$2,474,762	$60,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,474,762	$396,000			$2,474,762	$309,400			$0	$0			$2,474,762	$60,300		$0	$0

COP → 1723 - 22/11/20
CTP - 53329 - 30/11/20
$ 5'838.120
180 horas

2020/12/07 07:11 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 $5.838.120, 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 Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2626-2020

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:	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			11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53326	FECHA	30/11/2020			
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	12	2020		31	12	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.032.724									
TIPO DE SERVICIOS		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. SE REALIZA ASISTENCIA TECNICA A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS 11 DE NOVIEMBRE

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$66.554.568
VALOR EJECUTADO	$66.554.568
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$6.227.328**
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
46358487	$2.413.089	$301.636	$386.094	3	$58.783	**$746.513**

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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-0303

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	12	2.020		31	12	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
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	Programado	se realizan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
cumplir con las exigencias legales y eticas para al adecuado manejo de la historia ciinica d los pacientes	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
llevar registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y	Programado	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y	se realiza diligencimiante de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e Informe de gestion)
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
participar en la programacion de actividades del area	Programado	se participa en la programacion de actividades del area	se cumple con las horas establecidas y se participa en la actividades de desarrollo de la Unidad
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	Programado	se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	Programado	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Programado	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Programado	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	se diligencia legible completamente los formatos
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	No Programado	se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	se realzai controles a los pacientes que generan atencion
informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	Programado	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar
emitir conceptos medicos que se le requieran	Programado	se emiten conceptos medicos que se le requieran	mesualmente se partipa en las UAT establecidas por la red

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.	BOGOTA, 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	
2020-11	2020-11	I	03/11/2020	46358487	$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	830903790-5	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

CDP → 1723 - 26/11/20
CRP - 53326 - 30/11/20
6'227.328

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 $6.227.328, 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 Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2623-2020

WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA

Nombre de contratista

C.C.79788627 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 003870045774

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:	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			11 DE 11				
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53176	FECHA	30/11/2020				
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	12	2020		31	12	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.726.010										
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) SE REALIZA PAGO DE HONORARIOS DE 234 HORAS REALIZADAS EN EL MES DE DICIEMBRE , REALIZANDO ADICIONALES DE 48 HORAS DE LOS DIAS 8-11-18-22-23-24

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$78.924.290
VALOR EJECUTADO	$78.924.290
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$7.203.690**
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
47073991	$2.290.404	$286.301	$366.465	3	$55.794	**$708.559**

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alexandra Soto
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	12	2020		31	12	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
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	**Programado**	se realizan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	**Programado**	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
llevar registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y	**Programado**	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y	se realiza diligencimianto de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e Informe de gestion)
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	**Programado**	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
participar en la programacion de actividades del area	**Programado**	se participa en la programacion de actividades del area	se cumple con las horas establecidas y se participa en la actividades de desarrollo de la Unidad
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	**Programado**	se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	**Programado**	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	**Programado**	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	**Programado**	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	se diligencia legible completamente los formatos
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	**Programado**	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	**No Programado**	se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	se realzai controles a los pacientes que generan atencion
informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	**Programado**	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar

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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	I	02/12/2020	47073991	$708.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	286.400	0		0		0	0	0	0	286.400	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	366.600	0	0	0	0	0	0		366.600	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	55.900				55.900	0	0	55.900			559	55.900	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	286.400	286.400
Pensión	1	366.600	366.600
Riesgos Laborales	1	55.900	55.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	708.900	708.900

$ 6'464.850.
COP → 1723 - 26/11/20.
CRP → 53176 - 30/11/20.
210 horas

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 $7.203.690, 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 Diciembre 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

	TURNOS MÉDICOS URGENCIAS DE ATENCIÓN: USS 71 PATIO BONITO	PUNTO	CÓDIGO: APROBACIÓN: ÚLTIMA REVISIÓN: VERSIÓN:

MES: DICIEMBRE /2020 — **PROFESIÓN: MEDICINA**

	HRS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
		M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
DRA. ALEXANDRA SOTO	234	6	6	6	6		12	6	6	6	6	12	12	12	6	6	6	6	12			6	12	12	18	6	12	12	6

T TARDE 13: PM A 19:00 PM
C PAGO COMPENSATORIO
D DIA 7 AM A19:00 PM
N NOCHE 19:00 PM A 7:00 AM
V VACACIONES
DS DESINFECCION GENERAL DEL SERVICIO
H DE 7:00AM A 4:30:00PM

Dra Ibeth Mora
Lider USS Patio Bonito

OBSERVACIONES : TURNO DE 18 HORAS

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				11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53328	FECHA	30/11/2020				
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	12	2020		31	12	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) SE REALIZA PAGO DE HONORARIOS DE 192 HORAS DEL MES DE DICIEMBRE

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$35.218.476
VALOR EJECUTADO	$35.218.476
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$3.295.296**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO FOR 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
1033755292	$1.276.927	$159.616	$204.308	3	$31.106	**$395.030**

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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	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:	2626-2020	Periodo certificado desde el		Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
				1	12	2.020		31	12	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
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	Programado	se realizan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
llevar registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	Programado	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	se realiza diligencimianto de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e Informe de gestion)
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
participar en la programacion de actividades del area	Programado	se participa en la programacion de actividades del area	se cumple con las horas establecidas y se participa en las actividades de desarrollo de la Unidad
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	Programado	se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	Programado	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Programado	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Programado	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	se diligencia legible completamente los formatos
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	No Programado	se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	se realrai controles a los pacientes que generan atencion
Informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	Programado	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar
emitir conceptos medicos que se le requieran	Programado	se emiten conceptos medicos que se le requieran	mesualmente se particpa en las UAT establecidas por la red
apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	Programado	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	se cumplen con los protocolos y normas establecidas
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencia el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique cumplimiento	Programado	se elabora informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique cumplimiento	se realzia informe de gestion mensual donde se notifica las actividades realizadas del mes

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-12-10, 06:33:28 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1033755292 **Referencia pago(PIN)** 8803159290

Periodo Cotización 202011 **Periodo Servicio** 202011

Cliente:

PAGADA 2020-12-09

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 | | | | |

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 $3.295.296, 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 Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2625-2020

Luis Enrique Castillo

LUIS ENRIQUE CASTILLO CARDENAS

Nombre de contratista

C.C. 79.710.014 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007590316761

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:	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					11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53175	FECHA	30/11/2020					
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	12	2020		31	12	2020				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.192.318											
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%	NO								

OBSERVACIONES: (Se realiza pago de honorarios de 198 horas) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. SE REALIZA PAGO DE HONORARIOS DE 180 HORAS REALZIADAS EN EL MES DE DICIEMBRE

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$31.820.202
VALOR EJECUTADO	$31.820.202
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$3.089.340**
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
51223372	$1.235.736	$154.467	$197.718	3	$30.103	**$382.287**

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
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	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:	2423-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	12	2.020		31	12	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
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	Programado	se realizan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente		se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes		se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
llevar registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	Programado	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion		se realiza diligencimianto de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e Informe de gestion)
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para al manejo adecuado de la hisotria clinica		se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
participar en la programacion de actividades del area	Programado	se participa en la programacion de actividades del area		se cumple con las horas establecidas y se participa en la actividades de desarrollo de la Unidad
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	Programado	se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred		se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	Programado	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio		se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Programado	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente		se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Programado	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad		se diligencia legible completamente los formatos
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento		se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	No Programado	se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion		se realzai controles a los pacientes que generan atencion
informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	Programado	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.		se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar
emitir conceptos medicos que se le requieran	Programado	se emiten conceptos medicos que se le requieran		mesualmente se particpa en las UAT establecidas por la red
apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	Programado	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred		se cumplen con los protocolos y normas establecidas

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	8347131727
Fecha de pago	12/10/2020
Número de autorización de pago	51223372
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Noviembre 2020
Periodo cotización pensión	Noviembre 2020
Periodo cotización caja	Noviembre 2020
Número de administradoras	4
Total Pagado	$420.900
Total interés 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

$ 3'089.340.
CDP-1723-26/11/20
CRP-53125-30/11/20

180 horas

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 $3.089.340, 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 Diciembre 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				11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53330	FECHA	30/11/2020				
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			
		1	12	2020		31	12	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) SE REALIZA PAGO DE HONORARIOS DE 186 HORAS REALIZADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$31.923.180
VALOR EJECUTADO	$31.923.180
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
46625520	$1.276.927	$159.616	$204.308	3	$31.106	**$395.030**

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alejandra Celis L
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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS			Sede: CAPS PATIO BONITO						
No. DE CONTRATO:	2627-2020	Periodo certificado desde el		Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
				1	12	2.020		31	12	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
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	Programado	se realizan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente		se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes		se diligencia completamente la historia clinica en el aplciativo
llevar registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	Programado	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y		se realiza diligencimiento de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e Informe de gestion)
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica		se diligencia completamente la historia clinica en el aplciativo
participar en la programacion de actividades del area	Programado	se participa en la programacion de actividades del area		se cumple con las horas establecidas y se participa en la actividades de desarrollo de la Unidad
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	Programado	se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred		se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	Programado	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio		se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Programado	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente		se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Programado	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad		se diligencia legible completamente los formatos
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento		se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	No Programado	se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion		se realzai controles a los pacientes que generan atencion
informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	Programado	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.		se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar
emitir conceptos medicos que se le requieran	Programado	se emiten conceptos medicos que se le requieran		mesualmente se particpa en las UAT establecidas por la red
apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	Programado	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred		se cumplen con los protocolos y normas establecidas

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	2668880	aleja_gars@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-11	2020-11	I	03/12/2020	46625520	TOTAL A PAGAR	
					$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. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.200				31.200	0	0	31.200			312	31.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	159.700	159.700
Pensión	1	204.400	204.400
Riesgos Laborales	1	31.200	31.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	395.300	395.300

PAGADA 46625520

$ 31'192.318
CDP-1723-26/11/20
CDP-53330-30/11/20
186 horas

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 $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 1 al 31 de Diciembre 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:	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				11 de 11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	54355	FECHA	30/11/2020				
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	12	2020		31	12	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:	$17.139.342
VALOR EJECUTADO	$17.139.342
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
46779168	$877,803	$109,725	$140,448	3	$21,383	**$271,557**

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

IBET JUSBEFF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	12	2.020		31	12	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
Realizar las actividades de enfermeria asignadas por le profesional de enfermeria, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	**Programado**	se Realizan las actividades de enfermeria asignadas por le profesional de enfermeria, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	se cumplen con las actividades asignadas según protocolos y procedimientos en en el area de vacunacion
informar al profesional de enfermeria los cambios en la evolucion del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clinico del paciente	**Programado**	se informa al profesional de enfermeria los cambios en la evolucion del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clinico del paciente	se informa al profesional las medidas de los pacientes que requieran manejo clinico
retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atencion	**Programado**	se retroalimenta al supervisor dificultades del proceso de atencion	se informa al lider de la Unidad las dificultades que se presentan en el servicio de vacunacion
asesorar al apciente y a la familia sobre el plan de cuidado en casa para garantizar la compresnion de las ordenes medicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio	**No Programado**	se asesora al apciente y a la familia sobre el plan de cuidado en casa para garantizar la compresnion de las ordenes medicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio	se informa el pian de manejo del paciente al familiar para garantizar el tratamiento
aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad	**Programado**	se aplican los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad	se cumplen con los procediientos asignados
brindar orientacion a los apcientes y sus familiares con relacion a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las politicas institucionales y las normas vigentes	**Programado**	se brinda orientacion a los apcientes y sus familiares con relacion a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las politicas institucionales y las normas vigentes	se orienta al paciente y al familiar las politicas insticuinales y normas vigentes
registrar los diferentes reportes y libros porpios del servicio	**No Programado**	registrar los diferentes reportes y libros porpios del servicio	se diligencia bases de datos referente a vacunacion y transmisibles
diligenciar documentos para facturacion, estadistica, libros de registro, en forma legible	**Programado**	diligenciar documentos para facturacion, estadistica, libros de registro, en forma legible	se diligencia bases de datos referente a vacunacion y transmisibles
apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimiento de la subred	**No Programado**	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimiento de la subred	se cumplen con procolos y prcedimientos
elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificacion de cumplimiento	**Programado**	se elaboran informes mensuales sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificacion de cumplimiento	se entregan informes mensuales de la produccion del area de vacunacion a la lider y jefe de area
responder por elemntos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona envargada de terminacion del contrato	**Programado**	se responde por elemntos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona envargada de terminacion del contrato	se reposnde por los elemenios duranate el cumplimiento y vigencia del contrato
participar em las jornadas de capacitacion, induccion, reunionesy eventos a los cuales sea convocado	**No Programado**	se participa en las jornadas de capacitacion, induccion, reunionesy eventos a los cuales sea convocado	se asiste a las jornadas de capacitacion prgramadas desde la subred (UAT, ULC,COVE Y COVE PAI)
notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implemnetar las acciones de mejora definidas para el servicio	**Programado**	Se notifica las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implemnetar las acciones de mejora definidas para el servicio	se informan las fallas que se presenten durante el mes
conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	**Programado**	se conoce y se da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	se cumplen con protocolos y procedimientos asignados
apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interisntitucionalers y extrainsitucionales	**Programado**	apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interisntitucionalers y extrainsitucionales	se asiste a las actividades generadas por la subred
registrar las actividades realzaidas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	**Programado**	se registra las actividades realzaidas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	se realiza informe mensual de las actividades realzaidas en el area de vacunacion y transmisibles
entregar la constancia de afiliacion y el apgo al sistema de seguridad socialen salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	**Programado**	se entrega la constancia de afiliacion y el apgo al sistema de seguridad socialen salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	se realiza entrega de soportes de planillas de pago mensual y actividades
realzair las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	**Programado**	se realzan las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	se cumplen con las actividades asignadas en el contrato

OBSERVACIONES:

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

CONTRATISTA _____ NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL 52515512

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	52515512	MADALINA ORTIZ PAEZ	CRA 88 C BIS # 71-27 SUR	5702131	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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	07/12/2020	46779168	$271.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52515512	ORTIZ PAEZ MADALINA	59	0			N																	230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

$

CDP 1923 - 26/11/20

CRP - 54355 - 30/11/20.

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

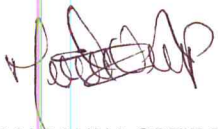
NIT: 900.959.048-4

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 Diciembre 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

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				11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53482	FECHA	30/11/2020				
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	12	2020		31	12	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

OBSERVACIONES: (SE REALIZA PAGOS DE HONORARIOS DE 204HORAS DEL MES DICIEMBRE) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. SE REALIZA ASISTENCIA TECNICA A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS 11 DE NOVIEMBRE

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$19.246.800
VALOR EJECUTADO	$19.246.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.902.300**
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
5160078017	$877,803	$109,725	$140,448	3	$21,383	**$271,557**

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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	12	2.020		31	12	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
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	Programado	se realizan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se cumplen con los protocolos para amanejo y cuidado de pacientes
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
llevar registro de atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	Programado	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y	se realiza diligenciminto de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e informe de gestion)
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
participar en la programacion de actividades del area	Programado	se participa en la programacion de actividades del area	se cumple con las horas establecidas y se participa en la actividades de desarrollo de la Unidad
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	Programado	se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	Programado	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Programado	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	se cumplen con los protocolos para amanejo y cuidado de pacientes
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Programado	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	se diligencia legible completamente los formatos
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	No Programado	se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	se realizal controles a los pacientes que generan atencion
Informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	Programado	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar
emitir conceptos medicos que se le requieran	Programado	se emiten conceptos medicos que se le requieran	mesualmente se particpa en las UAT establecidas por la red
apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	Programado	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	se cumplen con los protocolos y normas establecidas
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencia el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique cumplimiento	Programado	se elabora informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique cumplimiento	se realzia informe de gestion mensual donde se notifica las actividades realzaidas del mes
responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	Programado	se responde por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	se realzia entrega de turnos con los elementos encargados

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	5160078017	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0274111666

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
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													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	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	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 271.700

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 $1.902.300, 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 Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2830-2020

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	%	
	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			11 DE 11				
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53174	FECHA	30/11/2020				
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	12	2020		31	12	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

OBSERVACIONES: (SE REALIZA PAGO DE HONORARIOS DE 192 HORAS MES DE DICIEMBRE) 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:	$19.134.900
VALOR EJECUTADO	$19.134.900
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.790.400**
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
1033854474	$877,803	$109,725	$140,448	3	$21,383	**$271,557**

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

IRET JUSSEFF MORA MURCIA
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jose leonardo ortiz R.
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	12	2.020		31	12	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
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	Programado	se realizan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	se diligencia completamente la historia clinica en el aplciativo
llevar registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	Programado	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	se realiza diligencimiamto de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e Informe de gestion)
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	se diligencia completamente la historia clinica en el apiciativo
participar en la programacion de actividades del area	Programado	se participa en la programacion de actividades del area	se cumple con las horas establecidas y se participa en la actividades de desarrollo de la Unidad
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	Programado	se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	Programado	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que soan convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Programado	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Programado	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	se diligencia legible completamente los formatos
dilgenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	No Programado	se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	se realzal controles a los pacientes que generan atencion
informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	Programado	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar
emitir conceptos medicos que se le requieran	Programado	se emiten conceptos medicos que se le requieran	mesualmente se particpa en las UAT establecidas por la red
apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	Programado	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	se cumplen con los protocolos y normas establecidas
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencia el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique cumplimento	Programado	se elabora informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique cumplimento	se realzia Informe de gestion mensual donde se notifica las actividades realzaidas del mes

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-10, 04:15:02 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1033854474

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

PAGADO 09/12/2020 EN HORARIO EXTENDIDO

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	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

$ 1790.400
CDP - 1923 - 26/11/20
CEP - 53124 - 30/11/20

192 horas

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!

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

¡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:

JOSE LEONARDO ORTIZ ROJAS

C.C. 1030530007 DE BOGOTA

La suma de $1.790.400, 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 Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2421-2020

Jose leonardo Ortiz Rojas

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-0602	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YENI MILENA GARCIA RIAÑO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1023892766							
CORREO ELECTRONICO:					CELULAR:	3192464344							
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:	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				11 DE 11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	53481	FECHA	30/11/2020				
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	12	2020		31	12	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

OBSERVACIONES: (SE REALIZA PAGO DE HONORARIOS DE 192 HORAS MES DE DICIEMBRE) 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:	$19.134.900
VALOR EJECUTADO	$19.134.900
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.790.400**
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
1034312452	$877,803	$109,725	$140,448	3	$21,383	**$271,557**

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	12	2.020		31	12	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
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	Programado	se realizan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
llevar registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	Programado	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y	se realiza diligencimianto de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e Informe de gestion)
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	Programado	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	se diligencia completamente la historia clinica en el apliciativo
participar en la programacion de actividades del area	Programado	se participa en la programacion de actividades del area	se cumple con las horas establecidas y se participa en la actividades de desarrollo de la Unidad
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	Programado	se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	Programado	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Programado	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Programado	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	se diligencia legible completamente los formatos
diligenciar el consentiniento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	No Programado	se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	se realzai controles a los pacientes que generan atencion
informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	Programado	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion.	se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar
emitir conceptos medicos que se le requieran	Programado	se emiten conceptos medicos que se le requieran	mesualmente se participa en las UAT establecidas por la red
apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	Programado	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	se cumplen con los protocolos y normas establecidas
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Programado	se diligencia el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-10, 02:53:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034312452

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** noviembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8821285920

PAGADO 10/12/2020

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

$ 1'290.400
CDP - 1723 - 26/mzo
CRP - 53481 - 30/mzo
192 hora

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!

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

¡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:

YENI MILENA GARCIA RIAÑO

C.C. 1.023.892.766 DE BOGOTA

La suma de $1.790.400, 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 Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2829-2020

YENI MILENA GARCIA RIAÑO

Nombre de contratista

C.C. 1.023.892.766 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007590418625