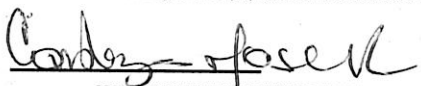
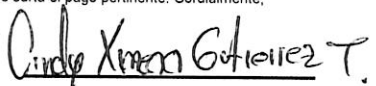
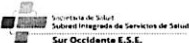
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 4-02-FO-000				
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CINDY XIMENA GUTIERREZ TORRES								
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO.		1.022.389.339			
CORREO ELECTRONICO:		ximenag1212@hotmail.com				CELULAR:		3214553697		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		URGENCIAS				SEDE:		BOSA		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		B035I03	100%							
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		456870039074						PENSIONADO	No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1383-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 DE 6		
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	22310	FECHA	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ENFERMERA PROFESIONAL 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 institución								
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO
				1	7	2020		31	7	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$3.192.318								
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL		RESERVA DE GLOSA 2%						
OBSERVACIONES: Se realizaron 186 horas por un valor hora de \$17.163 para un total de \$ 3.192.318										
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO										
CONCEPTO						VALORES				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$26.568.324				
VALOR EJECUTADO						\$19.050.930				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3.192.318				
VALOR A LIBERAR						\$0				
SALDO POR EJECUTAR						\$7.517.394				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						70%				
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES			
43904016	\$1.276.927	\$159.700		\$204.400	3	\$31.200	\$395.400			
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de JULIO del año Dos Mil VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,										
 DRA YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:					 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UREGNCIAS	Sede: USS BOSA
No. DE CONTRATO:	1383-2020	Periodo certificado desde el
		Día Mes Año a Día Mes Año
		1 7 2.020 a 31 7 2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY XIMENA GUTIERREZ TORRES	C. C. 1.022.389.339 DE BOGOTÁ

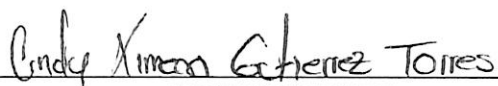
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Enfermero Profesional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Prestar servicios profesionales de enfermería a los pacientes y usuarios, aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en el servicio de URGENCIAS	SI	Presta servicios profesionales de enfermería a los pacientes y usuarios, aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector en el servicio de URGENCIAS	NO APLICA MES DE JULIO
Recibir y entregar turno de 7:00 PM A 7:00 AM en URGENCIAS según programación de turno aplicando los procedimientos difundidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el hospital	SI	Recibe y entrega turno de 7:00 PM A 7:00 AM en URGENCIAS según programación de turno aplicando los procedimientos difundidos para tal fin y conforme a las actividades programadas por el hospital	LIBRO DE FOLIOS ENTREGA DE TURNO MES DE JULIO
Coordinar en el área de URGENCIAS actividades y tareas inherentes a la atención de los pacientes, teniendo en cuenta la preparación, tratamiento y las habilidades individuales del personal brindando un óptimo cuidado	SI	Coordina en el área de URGENCIAS actividades y tareas inherentes a la atención de los pacientes, teniendo en cuenta la preparación, tratamiento y las habilidades individuales del personal brindando un óptimo cuidado	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL MES DE A JULIO
Administrar los medicamentos que requiere el paciente en URGENCIAS conforme a la formulación médica	SI	Administra los medicamentos que requiere el paciente en URGENCIAS conforme a la formulación médica	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL MES DE JULIO
Realizar las actividades de salud brindando cuidado directo al paciente de URGENCIAS utilizando las técnicas antisépticas establecidas en los protocolos y procedimientos fijados por la institución	SI	Realiza las actividades de salud brindando cuidado directo al paciente de URGENCIAS utilizando las técnicas antisépticas establecidas en los protocolos y procedimientos fijados por la institución	HISTORIA CLINICA MES DE JULIO
Cumplir con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológico, ambiente y de la salud que se puedan producir por el inadecuado manejo de los residuos en el servicio de URGENCIAS	SI	Cumple con las actividades dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológico, ambiente y de la salud que se puedan producir por el inadecuado manejo de los residuos en el servicio de URGENCIAS	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL MES DE JULIO
Promover y aplicar las acciones de humanización y seguridad en los pacientes y servicio de URGENCIAS	SI	Promueve y aplica las acciones de humanización y seguridad en los pacientes y servicio de URGENCIAS	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL MES DE JULIO
Participar en la coordinación y ejecución de las labores de apoyo y diagnóstico terapéutico de los diferentes servicios	SI	Participa en la coordinación y ejecución de las labores de apoyo y diagnóstico terapéutico de los diferentes servicios	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL MES DE JULIO
Reportar accidentes de trabajo e informar actividades que vayan en contra de la salud del paciente	SI	Reporta accidentes de trabajo e informar actividades que vayan en contra de la salud del paciente	NO APLICA MES DE JULIO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.192.318 (TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRECIENTOS DIESOCHO PESOS)

 CONTRATISTA: <u>1022389339</u> NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL	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.

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el área o servicio donde presta los servicios

Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios

No. De Contrato: Diligencie número de contrato

Periodo certificado desde el: Diligencie la fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar

Nombre del Contratista: Diligencie su nombre

C.C.: Diligencie su cédula de ciudadanía

De: Diligencie el lugar de expedición de la cédula de ciudadanía

El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.

Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato

Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada

Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones

Productos entregados: Que productos surgieron de las actividades realizadas

Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones

Total a Pagar: Diligencie el valor en número y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2.842.752 (DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.257.320 (TRES MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MCTE)

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UNC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	1	08/07/2020	43904016	1	0
2020-06	2020-06				TOTAL A PAGAR \$395,300	

1

Ataleniad	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No Afiliados
0	0	0	0	159,700	1

2-Substancia	0	0	0	0	204.400	1
--------------	---	---	---	---	---------	---

10

Nota	Subtotal	No Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidario	Total a Pagar	No Afiliados
31.200				312	31.200	1

100

NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Repetidas	Valor antes de IGE, LMA, RPP y MORA	Total a Pagar
Salud	1	159,700	159,700
Pension	1	204,400	204,400
Riesgos Laborales	1	31,200	31,200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
OTRA	0	0	0

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



2020-11-15

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022389339	CINDY XIMENA GUTIERREZ TORRES	CRA 77C NÚMERO 60A-18 SUR	3214553697	XIMENAG1212@HOTMAIL.CO
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-06	2020-06	I	09/07/2020	4390016	\$395.300

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN			SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Tipo de Identificación		Apellidos y Nombres		Colaborante		Extranjero		Colabor. exterior		Fotografía		REC		TGR		TAC		TDP		TAP		VSP		VSN		VSE		LMA		AVP		VCT		BL		CORRECCIÓN		Cód. AFP		IBC AFP		Cotización		Voluntad o Afiliado		Vantaje Aportante		Fondo preafiliado de solidaridad		Cód. EPS		IBC EPS		Cotización/ Valor IUPC		Cód. AML		IBC AML		Clase de Riesgo		Código CCF		IBC CCF		Aportes parafiscales		Aportes SENIA		Aportes ICBF		Aportes EAPAF		Aportes MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
CIC		1022862339		GUTIERREZ TORRES GINDY XIMENA		59		0		N																												25-14		1,378,927		204,400		0		0		0		0		E/5002		1,378,927		159,700		14-11		1,276,927		3		31,200		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA /2020
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CINDY XIMENA GUTIERREZ TORRES
C.C 1022389339 DE BOGOTA

La suma de \$ 3.192.318 por concepto de: prestación de servicios como Enfermera del área de urgencias de la unidad de Bosa, durante el periodo de 01 al 31 de julio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1383 2020


CINDY XIMENA GUTIRREZ TORRES

C.C. 1022389339 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 456870039074

