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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR YOLANDA QUINTERO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	39649515						
CORREO ELECTRONICO:	YOLISQUINTERO23@GMAIL.COM				CELULAR:	3125546081						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**Bosa**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Desarrollo Institucional				SEDE:	Bosa						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	BO35T08	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488404133305								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**3549 DE 2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**4 de 6**			
NÚMERO DE CDP	573	**FECHA**	20/04/2020	**NÚMERO DE CRP**	24308	**FECHA**	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Desarrollo Institucional dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2020		31	5	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 0%								

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:	$8.246.028
VALOR EJECUTADO	$5.497.352
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.374.338
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.748.676
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8607160152	$877.803,00	$109.800	$26.400	3	$21.400	**$157.600**

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

Dra. LILIANA RIOS VELANDIA
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

Flor Yolanda Quintero

FLOR YOLANDA QUINTERO
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. SALUD
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Desarrollo Institucional - Gestion Documental		Sede: BOSA						
No. DE CONTRATO:	3549-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2.020		31	5	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR YOLANDA QUINTERO		C. C.	39.649.515			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO : El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinacion ni relacion laboral alguna , prestara sus servivcios y conocimientos como Auxiliar administrativo de proceso de gestion documental 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
a. Apoyar en archivo y desarchivo de las historias clinicas para consulta medica, salas de cirugia programada, listados para auditorias y en el area financiera, historias clinicas urgencias y hospitalizacion, historias clinicas para colposcopias, cirugias ambulatorias.	100%	listados para auditoria glosa , hc urgencias ,hc hospitalizacion.colposcopias,ambulatorias.	20 historias clinicas para glosas
b. Verificar y controlar los prestamos de historias clinicas en los libros de prestamo y listados del area financiera, consulta desaparecidos.	100%	se entregaron resumenes de historia clinica al usuario interno, externo,desaparecidos, auditoria.	15externo
c. Elaborar material para el manejo de las historias clinicas, Revision de correos para dar respuesta.	100%	se elaboraron carpetas	380 carpetas
d. arreglo de historias clinicas para traslado al archivo central según directriz	100%	depuracion de historias clinicas	4000 historias clinicas depuradas
d. Revision para el ingreso al formato FUI de las historias clinicas para transferencia	0%		

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,374,338 (UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE)

FLOR YOLANDA QUINTERO - C.C.: 39.649.515 Bta.
CONTRATISTA
Flor Yolanda Quintero: 39649515

Dra. LILIANA RIOS VELANDIA - Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	FLOR YOLANDA QUINTERO
IDENTIFICACION:	CC-39649515
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-05-08
FECHA DE PAGO:	2020-05-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2020-04
PERIODO SALUD:	2020-04
NUMERO PLANILLA:	8607160152
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8603110987
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 0	$ 109.800	$ 109.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 26.400	$ 26.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 21.400	$ 21.400
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 17.600	$ 17.600
		Total a pagar		$ 0	$ 175.200	$ 175.200

Flor Yolanda Quintero
39`649.515