

 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 TESORERÍA	Versión	3
		Fecha de aprobación	2/15/2018
		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:				yollsquintero23@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	%
		B035T08	100								
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIENIDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				488404133305				PENSIONADO		NO	

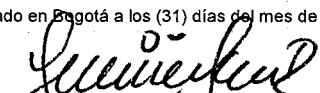
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3549 DE 2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 de 7			
NÚMERO DE CDP		1050		FECHA	22/07/2020		NÚMERO DE CRP	31446		FECHA	31/07/2010		
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa en el área 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	8	2020			31	8	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.374.338									
TIPO DE SERVICIOS				Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%					

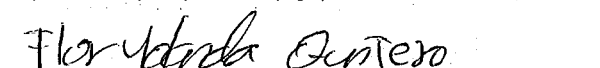
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		\$9.620.366
VALOR EJECUTADO		\$9.620.366
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$1.374.338
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.						
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8608112868	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

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


 Dra. LILIANA RIOS VELANDIA
 Jefe Oficina Asesora De Desarrollo Institucional


 FLOR YOLANDA QUINTERO
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA 39649515

 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. BOGOTÁ Bogotá, D.C. - Colombia
		Fecha de aprobación:	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Desarrollo Institucional - Gestión Documental	Sede: BOSA						
No. DE CONTRATO:	3549-2020	Periodo certificado desde el						
		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>8</td> <td>2.020</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	8	2.020
Día	Mes	Año						
1	8	2.020						
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR YOLANDA QUINTERO	C. C. 39.649.515						

OBJETO DEL CONTRATO : El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestara sus servicios y conocimientos como Auxiliar administrativo de proceso de gestión 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. Apóyame en archivo y desarchivo de las historias clínicas para consulta médica, salas de cirugía programada, listados para auditorías y en el área financiera, historias clínicas urgencias y hospitalización, historias clínicas para colposcopias, cirugías ambulatorias.	100%	listados para auditoría glosa, hc urgencias, hc hospitalización, colposcopias, ambulatorias.	40 historias clínicas para glosas, archivadas 1754 carpetas
b. Verificar y controlar los préstamos de historias clínicas en los libros de préstamo y listados del área financiera, consulta desaparecidos.	100%	se entregaron resúmenes de historia clínica al usuario interno, externo, desaparecidos, auditoría.	38 externo
c. Elaborar material para el manejo de las historias clínicas, Revisión de correos para dar respuesta.	100%	elaboración de carpetas	610 carpetas
d. arreglo de historias clínicas para traslado al archivo central según directriz	100%	depuración de historias clínicas	46530 folios, 26920 historias clínicas
d. Revisión para el ingreso al formato FUI de las historias clínicas 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 B14 CONTRATISTA <i>Flor Yolanda Quintero</i>	Dra. LILIANA RIOS VELANDIA - Jefe Oficina 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.

RAZON SOCIAL :	FLOR YOLANDA QUINTERO
IDENTIFICACION:	CC-39649515
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-08-10
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-08-06
FECHA DE PAGO:	2020-08-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2020-07
PERIODO SALUD:	2020-07
NUMERO PLANILLA:	8608112868
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8603110987
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 140.500	
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 21.400	
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 17.600	
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 289.300	

Flor Yolanda Quintero

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/09/2020
----------------------------------	------------

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FLOR YOLANDA QUINTERO

CC 39649515 DE BOGOTÁ

La suma de \$1.374.338 por concepto de: Prestación de Servicios como: en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo de 1 al 31 de agosto 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3549-2020.

Flor Yolanda Quintero
FLOR YOLANDA QUINTERO

CC 39649515 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 488404133305