

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		FLOR YOLANDA QUINTERO										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		39649515					
CORREO ELECTRONICO:		volisquintero23@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	%
	B035T08	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		9 de 9			
NÚMERO DE CDP	1388	FECHA	28/09/2020	NÚMERO DE CRP	42470	FECHA	30/09/2020		
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	10	2020		31	10	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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

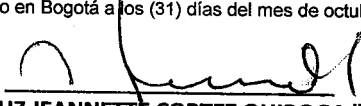
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$12.369.042
VALOR EJECUTADO	\$12.369.042
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.374.338
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

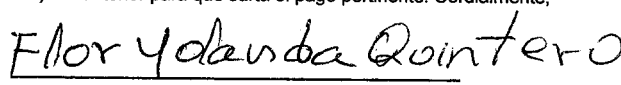
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8609534302	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

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


Dra. LUZ JEANNETTE CORTEZ QUIROGA "E"
Jefe Oficina Asesora De Desarrollo Institucional


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. Bogotá Kanal Sur Occidente E.S.E.
		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														
		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>10</td> <td>2.020</td> <td></td> <td>31</td> <td>10</td> <td>2.020</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	10	2.020		31	10	2.020
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
1	10	2.020		31	10	2.020										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR YOLANDA QUINTERO	<table border="1"> <tr> <td>C. C.</td> <td>39.649.515</td> <td>DE</td> <td>BOGOTÁ</td> </tr> </table>	C. C.	39.649.515	DE	BOGOTÁ										
C. C.	39.649.515	DE	BOGOTÁ													

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. Apoyar 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 BIV CONTRATISTA	 Dra. LUZ JEANNETTE CORTEZ QUIROGA 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.

**CONSTANCIA DE PAGO**

Período Pensión: 2020-09

Período Salud : 2020-09

Se certifica que en la fecha 2020-10-05 la empresa FLOR YOLANDA QUINTERO con documento de identificación CC 39649515 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante QUINTERO FLOR YOLANDA identificado con CC-39649515, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-39649515		FLOR YOLANDA QUINTERO		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
8609534302	I	2020-10-05	0,02436	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	30
ARL	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	30
CCF	860066942	CCF24	Caja de Compensacion Familiar COMPENSAR	30

Flor Ydanda Quintero
39 649515

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 Auxiliar Administrativo en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo de 1 al 31 de octubre 2020 de 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