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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		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:	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	%
	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			11 de 12			
NÚMERO DE CDP	1725	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	54069	FECHA	30/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa en el area de desarrollo institucional dentro de los diferentes procesos y precedimientos de la SUBRED INTEGREDA 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	12	2020		31	12	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.374.338									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: (Descuentos, inc_pacidades, 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:	$16.492.056
VALOR EJECUTADO	$15.117.718
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.374.338
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.374.338
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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
8610623314	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

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,

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 Subred Integrada de Servicios de Salud 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**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.020		31	12	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 servicios y conocimientos como Auxiliar administrativo de procesos en 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, urgencias,hospitalizacion,colposcopias.	100%	se recogieron y se organizaron para archivo , recoleccion historias clinicas ambulatorias	1000 historias clinicas para glosas, archivadas 2354 carpetas
b. Verificar y controlar los prestamos de historias clinicas en los libros de prestamo y listados del area financiera, consulta desaparecidos.	100%	se entregaron a usuario	21 externo
c. Elaborar material para el manejo de las historias clinicas	100%	se imprimieron	980 carpetas
d. Se realizo ingreso al sistema DINAMICA de historias clinicas manuales, Consulta Externa, Consentimientos informados y demas	100%	se escanearon y subieron al sistema	41550 folios , 27900 historias clinicas
e. Realizar el inventario de Historias clinicas para enviar a archivo central (FUI)	0%		

OBSERVACIONES: Se atendio publico para resumenes de historias clinicas, , se realiza busqueda en cajas de historias clinicas para entrega de resumenes y consulta.

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

FLOR YOLANDA QUINTERO - C.C.: 39644515 BOGOTA

CONTRATISTA

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:	2020-12-07
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-12-04
FECHA DE PAGO:	2020-12-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2020-11
PERIODO SALUD:	2020-11
NUMERO PLANILLA:	8610623314
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 PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 109.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 140.500
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 0	$ 21.400	$ 21.400
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.600	$ 17.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289.300	$ 289.300

Flor Yolanda Quintero

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/01/2020

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

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 diciembre 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