

 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. SECRETARÍA DE SALUD
		Fecha de aprobación	02/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ANNY DANIELA GUARGUATY RAMOS											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.				1083024263				
CORREO ELECTRONICO:				anida_10@hotmail.com				CELULAR:				3006482725			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				USS FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				MEDICINA INTERNA				SEDE:				FONTIBON F003			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		F003I06	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				47300012589				PENSIONADO				No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4981-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				4	
NÚMERO DE CDP				FECHA		NÚMERO DE CRP				FECHA			
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRE 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
				\$30.000									
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 0%				NO APLICA	

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. 90 HORAS ADICIONALES + AJUSTE AL VALOR DE LA HORA MES AGOSTO

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$15.196.689
VALOR EJECUTADO	\$15.196.689
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$5.087.682
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 \$2,194,508,00 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7760661294	\$1.276.927,20	\$159.616	\$204.308	3	\$31.106	\$395.030

Dado en Bogotá a los () días del mes AGOSTO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente;


RODOLFO DUARTE CELY
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


ANNY DANIELA GUARGUATY RAMOS
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900,959,048-4

DEBE A:

ANNY DANIELA GUARGUATY RAMOS

C.C. 1083024263 DE SANTA MARTA

La suma de \$ 5.087.682 por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como JEFE DE ENFERMERIA durante el periodo del 1 al 31 de AGOSTO de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4981-2020

ANNY DANIELA GUARGUATY RAMOS

C.C. 1083024263 DE SANTA MARTA
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA
Numero 47300012589

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1083024263
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANNY DANIELA GUARGUATI RAMOS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRASVERSAL 53 BIS N 2A-48	TELÉFONO: 7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7760661294	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/08/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 707702872

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800229739	230201	230201- PROTECCION			1	\$ 204.400
SUBTOTAL:					1	\$ 204.400
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
804002105	ESSC33	ESSC33-COMPARTA			1	\$ 159.700
SUBTOTAL:					1	\$ 159.700
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 31.200
SUBTOTAL:					1	\$ 31.200
TOTAL PAGADO:					\$ 395.300	

 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 Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	02/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ANNY DANIELA GUARGUATY RAMOS											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				1083024263				
CORREO ELECTRONICO:				anida_10@hotmail.com				CELULAR:				3006482725			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				USS FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				MEDICINA INTERNA				SEDE:				FONTIBON F003			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		FO03I06	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				47300012589				PENSIONADO				No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4981-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				4							
NÚMERO DE CDP		1052		FECHA		22/07/2020		NÚMERO DE CRP		32246		FECHA		31/07/2020					
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRE 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	
				\$17.163															
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 0%				NO APLICA							

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. EN JULIO 186 HORAS Y AGOSTO 186 HORAS

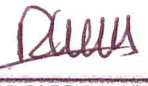
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO												VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:												\$10.109.007	
VALOR EJECUTADO												\$10.109.007	
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA												\$3.192.318	
VALOR A LIBERAR												\$0	
SALDO POR EJECUTAR												\$0	
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 \$2,194,508,00 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7760661294	\$1.276.927,20	\$159.616	\$204.308	3	\$31.106	\$395.030

Dado en Bogotá a los () días del mes AGOSTO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

 RODOLFO DUARTE CELY NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	 ANNY DANIELA GUARGUATY RAMOS NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
---	---

Ubicación del Servicio:		MEDICINA INTERNA			Sede: UNIDAD FONTIBON							
No. DE CONTRATO:		4981-2020		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	8	2020		31	8	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANNY DANIELA GUARGUATY RAMOS			C. C.		1.083.024.263			DE		SANTA MARTA

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	100%	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	ORDENES MEDICAS
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	100%	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	100%	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	100%	Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participar en la programación de las actividades del área	100%	Participo en la programación de las actividades del área	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	100%	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO LO REQUIERA
Impartir instrucciones al personal a cargo	100%	Imparto instrucciones al personal a cargo	PLAN DE ENFERMERIA
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	100%	Realizo los procedimientos al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera mi participación.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	100%	Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos	PROTOCOLOS INSTRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : \$ 3.192.318 **TRES MILLONES CIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS MONEDA CORRIENTE**

 ANNY DANIELA GUARGUATY RAMOS	CC 1083024263	Fecha: jul-20  RODOLFO DUARTE CELY
---	---------------	---

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900,959,048-4

DEBE A:

ANNY DANIELA GUARGUATY RAMOS

C.C. 1083024263 DE SANTA MARTA

La suma de \$ 3.192.318 por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como JEFE DE ENFERMERIA durante el periodo del 1 al 31 de AGOSTO de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4981-2020


ANNY DANIELA GUARGUATY RAMOS

C.C. 1083024263 DE SANTA MARTA
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA
Numero 47300012589

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1083024263
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANNY DANIELA GUARGUATI RAMOS		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRASVERSAL 53 BIS N 2A-48	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7760661294	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD:	AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/08/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	707702872

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 204.400
SUBTOTAL:			1	\$ 204.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
804002105	ESSC33	ESSC33-COMPARTA	1	\$ 159.700
SUBTOTAL:			1	\$ 159.700
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 31.200
SUBTOTAL:			1	\$ 31.200

TOTAL PAGADO:	\$ 395.300
----------------------	-------------------