

 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	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud
		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:			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			12 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 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	1	2021			31	1	2021
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.

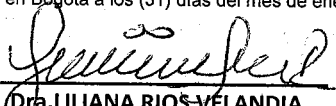
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$16,492,056
VALOR EJECUTADO	\$16,492,056
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,374,338
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

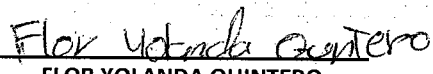
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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.

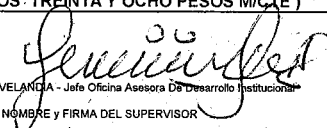
Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8610656974	\$877,803.00	\$109,800	\$140,500	3	\$21,400	\$271,700

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de enero del año Dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


Dra. LILIANA RIOS-VELANDIA
 Jefe Oficina Asesoría 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. ALCANTARA
		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	1	2,021		31	1	2,021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR YOLANDA QUINTERO			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 procesos en 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, urgencias, hospitalización, colposcopias.	100%	se recogieron y se organizaron para archivo, recolección historias clínicas ambulatorias				1000 historias clínicas para glosas, archivadas 2354 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 a usuario				21 externo				
c. Elaborar material para el manejo de las historias clínicas	100%	se imprimieron				980 carpetas				
d. Se realizó ingreso al sistema DINAMICA de historias clínicas manuales, Consulta Externa, Consentimientos informados y demás	100%	se escanearon y subieron al sistema				41550 folios, 27900 historias clínicas				
e. Realizar el inventario de Historias clínicas para enviar a archivo central (FUI)	0%									
OBSERVACIONES: Se atendió público para resúmenes de historias clínicas, se realiza búsqueda en cajas de historias clínicas para entrega de resúmenes y consulta.										
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1,374,338 (UN MILLÓN TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE)										
 FLOR YOLANDA QUINTERO - C.C.: 39644515 BOGOTÁ CONTRATISTA				 Dra. LILIANA RIOS VELANDA - 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.										



RAZON SOCIAL :	FLOR YOLANDA QUINTERO
IDENTIFICACION:	CC-39649515
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-01-06
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-01-07
FECHA DE PAGO:	2021-01-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2020-12
PERIODO SALUD:	2020-12
NUMERO PLANILLA:	8610656974
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	\$ 109.80
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 140.500	\$ 140.50
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 21.400	\$ 21.40
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 17.600	\$ 17.60
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 289.300	\$ 289.30

Flor Yolanda Quintero

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/01/2021
----------------------------------	------------

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
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 enero 2021 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