



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  
Fecha de  
aprobación  
Código:

3

15/02/2018

04-02-FO-0002



ALCALÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

193  
RCS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

|                                             |                 |                                      |                 |     |                 |                 |                 |            |                 |    |                 |   |
|---------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|-----|-----------------|-----------------|-----------------|------------|-----------------|----|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                 | MAURICIO ALEJANDRO SALAMANCA BARRETO |                 |     |                 |                 |                 |            |                 |    |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 | C.C                                  | X               | C.E |                 | NO.             |                 | 1010228148 |                 |    |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 | mauro-056@hotmail.com                |                 |     |                 | CELULAR:        |                 | 3102501378 |                 |    |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 |                                      |                 |     |                 | UNIDAD KENNEDY  |                 |            |                 |    |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 | URGENCIAS                            |                 |     |                 | SEDE:           |                 | KE10       |                 |    |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo | %                                    | Centro de costo | %   | Centro de costo | %               | Centro de costo | %          | Centro de costo | %  | Centro de costo | % |
|                                             | KE10B01         | 100%                                 |                 |     |                 |                 |                 |            |                 |    |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |                 | AV VILLAS                            |                 |     |                 | TIPO DE CUENTA: |                 | AHORROS    |                 |    |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                 | 636778099                            |                 |     |                 |                 |                 | PENSIONADO |                 | No |                 |   |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                                |  |                |       |                          |               |        |       |            |     |     |      |
|--------------------------------|--|----------------|-------|--------------------------|---------------|--------|-------|------------|-----|-----|------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: |  | 5503-2021      |       | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |               | 2 DE 2 |       |            |     |     |      |
| NÚMERO DE CDP                  |  | 609            | FECHA | 26/04/2021               | NÚMERO DE CRP | 26573  | FECHA | 30/04/2021 |     |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO:           |  | MEDICO GENERAL |       |                          |               |        |       |            |     |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO:           |  | DESDE          |       | DIA                      | MES           | AÑO    | HASTA |            | DIA | MES | AÑO  |
|                                |  |                |       | 1                        | 5             | 2021   |       |            | 31  | 5   | 2021 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:    |  | \$6.227.328    |       |                          |               |        |       |            |     |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS              |  | Asistencial    |       | RESERVA DE GLOSA 0%      |               |        |       | \$0        |     |     |      |
| OBSERVACIONES: 192 HORAS / MES |  |                |       |                          |               |        |       |            |     |     |      |

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO                                | VALORES      |
|-----------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$10.651.326 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$9.924.804  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$6.227.328  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$726.522    |
| PORCENTAJE DE EJECUCION                 | 93%          |

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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD<br>12.5% IBC | APORTE<br>PENSION 16% | NIVEL<br>ARL | APORTE<br>ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------|---------------|---------------|
| 50481465-50638214  | \$1.478.990       | \$184.874                   | \$236.638             | 3            | \$36.028      | \$457.540     |

Dado en Bogotá mes de MAYO del año Dos Mil Veinti y uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ  
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MAURICIO ALEJANDRO SALAMANCA BARRETO  
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2  
Fecha de aprobación 3/04/2017  
Código 04-02-FO-0003



compensar / miplanilla

La empresa MAURICIO ALEJANDRO SALAMANCA BARRETO  
el empleado MAURICIO ALEJANDRO SALAMANCA BARRETO  
encargado de la atención

|                         |                                      |                              |       |               |      |   |     |        |      |
|-------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-------|---------------|------|---|-----|--------|------|
| Ubicación del Servicio: | URGENCIAS                            |                              | Sede: | KENNEDY       |      |   |     |        |      |
| No. DE CONTRATO:        | 5503-2021                            | Periodo certificado desde el | Día   | Mes           | Año  | a | Día | Mes    | Año  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MAURICIO ALEJANDRO SALAMANCA BARRETO |                              | 1     | 5             | 2021 |   | 31  | 5      | 2021 |
|                         |                                      |                              | C. C. | 1.010.228.148 |      |   | DE  | BOGOTA |      |

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PROFESIONAL EN MEDICINA 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                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.                                                                                  | 100        | Valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades.                                  | Libro de recibo y entrega de turno.                                  |
| Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.                                                                           | 100        | Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.            | Lista de programación de actividades.                                |
| Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.                                                                                                                        | 100        | Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.                                           | Historia clínica manual.                                             |
| Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria                                                                                                                       | 100        | Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria                               | Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología |
| Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.                                             | 100        | Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.                 | Historia clínica manual.                                             |
| Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.                                                                                                                       | 100        | Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato.                                      | Sistema de PQRS                                                      |
| Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.                                                                                                                | 100        | Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes.                                        | Casos atendidos dentro del turno.                                    |
| Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.                                                                                     | 100        | Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.                                        | Listas de asistencia a reuniones del área.                           |
| Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área ( monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.                          | 100        | Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio. | Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.                |
| Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención médica. | 100        | Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares.                            | Historia clínica manual.                                             |

OBSERVACIONES: HRS 192

TOTAL A PAGAR : \$6.227.328(SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTI Y SIETE MIL TRECIENTOS VENTI Y OCHO PESOS M/cte)

*Mauricio Salamanca Barreto*

MAURICIO ALEJANDRO SALAMANCA BARRETO

*Firma de supervisor*

FECHA : DD/MM/AAAA FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR:

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

[illegible]

Información básica de la planilla

Empresa: MAURICIO ALEJANDRO SALAMANCA  
Tipo Planilla: 1  
Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL  
Número de Radicación: 50481465  
Fecha de vencimiento: 07/05/2021  
Fecha de Pago: 07/05/2021

NIT: 1010228148  
Periodo liquidación Pensiones: abril 2021  
Periodo liquidación Salud: abril 2021  
Total a pagar: \$332,400  
Total de empleados: 1  
Número de Administradoras: 3

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI  
Descripción: Miplanilla.com Pago Protección Social  
Banco: BANCO AV VILLAS  
Estado de la transacción: Transacción aprobada  
Nit recaudo: 9998600669427  
Medio de Pago: Pago Electronico por PSE  
Número Autorización: 982209233

| Código | NIT       | Administradoras                          | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|--------|-----------|------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|
| 14-11  | 890903790 | ARL SURA                                 | 1              |                                              | \$0                                          | \$26,200     |
| 25-14  | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - | 1              |                                              | \$0                                          | \$171,900    |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS                            | 1              |                                              | \$0                                          | \$134,300    |
|        |           |                                          |                |                                              |                                              | \$332,400    |

\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016, por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complementario al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remitir a la EPS o EOC y solicitar la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - AURES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

#### CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

##### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

| CC | IDENTIFICACION | CIUDAD    | PARTE   | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | ESTADO       |
|----|----------------|-----------|---------|---------------|----------------|---------------------|----------------------------|--------------|
| CC | 1010228148     | SALAMANCA | BARRETO | MAURICIO      | ALEJANDRO      | 2019-11             | EMISANAR E.P.S             | COTIZANTE    |
| CC | 1010228148     | SALAMANCA | BARRETO | MAURICIO      | ALEJANDRO      | 2021-03             | COMPENSAR E.P.S            | COTIZANTE    |
| CC | 1010228148     | SALAMANCA | BARRETO | MAURICIO      | ALEJANDRO      | 2019-10             | EMISANAR E.P.S             | BENEFICIARIO |
| CC | 1010228148     | SALAMANCA | BARRETO | MAURICIO      | ALEJANDRO      | 2018-07             | COCADEVA E.P.S.S.A         | BENEFICIARIO |

##### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | FECHA DE INICIO | FECHA DE FIN | VALOR | ESTADO    | TIPO DE PAGOS       |
|----------------------------|-----------------|--------------|-------|-----------|---------------------|
| COMPENSAR E.P.S            | 03/2021         |              | 17    | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S            | 03/2021         |              | 10    | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S            | 01/2021         |              | 30    | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S            | 13/2020         |              | 30    | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S            | 11/2020         |              | 11    | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S            | 10/2020         |              | 1     | COTIZANTE | Estado Emergencia   |
| COMPENSAR E.P.S            | 09/2020         |              | 21    | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S            | 08/2020         |              | 30    | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S            | 07/2020         |              | 30    | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COMPENSAR E.P.S            | 06/2020         |              | 30    | COTIZANTE | Pago con cotización |

42 Seguros en 9 Paginas

1 2 3 4 5 6 7 8 9

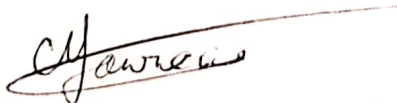
Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.  
Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicha información no cuenta con un plan o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MAURICIO ALEJANDRO SALAMANCA BARRETO**  
**C.C 1.010.228.148 DE BOGOTA**

La suma de SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTI Y SIETE MIL TRECIENTOS VENTI Y OCHO PESOS M/cte (6.227.328), por concepto de: prestación de servicios como Medico general en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 1 al 31 de mayo del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5503-2021.

  
**MAURICIO ALEJANDRO SALAMANCA BARRETO**  
**C.C 1.010.228.148 DE BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS**  
**NUMERO 636778099**