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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELA MARIA MORENO COBOS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.201.077							
CORREO ELECTRONICO:	angemore9@hotmail.com				CELULAR:	3114415348							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	BOSA CENTRO				SEDE:	BOSA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	BO36A10	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62411300779								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5517-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	627	FECHA	29/04/2021	NÚMERO DE CRP	28962	FECHA	30/04/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Medicina 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	6	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.221.840									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: VALOR HORA $ 30,156 - TOTAL 140 HORAS LABORADAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.008.950
VALOR EJECUTADO	$10.253.040
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.221.840
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$755.910
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	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 $**1.953.105**, 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
9420879700	$1.024.908	$128.200	$164.000	3	$25.000	**$317.200**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO del año Dos Mil ventiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

WILBER VERGARA PEREZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGELA MORENO COBOS
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	1
Fecha:	9/11/2016
Código:	15-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	CONSULTA EXTERNA MEDICO GENERAL			BOSA CENTRO NIVEL II							
No. DE CONTRATO:	5517-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	6	21		30	6	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELA MARIA MORENO COBOS			c. c.		52.201.077	DE	BOGOTÁ			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Medicina 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 _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Practicar las Intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada.	SI	Se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA	Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA
Realizar las actividades propias del servicio de consulta médica asistencial.	SI	se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA	se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA
Elaborar las historias clínicas y demas registros clinicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente.	SI	se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA	historia clinica DINAMICA
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	SI	Realizo el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	En proceso
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades	SI	Formulo y ejecuto las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades	En proceso
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área o servicio asignado.	SI	Realizo las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área o servicio asignado.	En proceso
Apoyar el desarrollo de estrategias de participacion social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.	SI	Apoyo el desarrollo de estrategias de participacion social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.	Actas de participacion
Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	SI	Participo en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	historia clinica DINAMICA
Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población.	SI	Participo en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población.	historia clinica DINAMICA
Propiciar las relaciones de coordinacion necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio.	SI	Propicio las relaciones de coordinacion necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio.	Actas de participacion
Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.	SI	Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.	historia clinica DINAMICA
Aplicar lineamientos, normas, guias y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	SI	Aplico lineamientos, normas, guias y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	En proceso
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.	SI	Presento informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.	En proceso
Participar en la Actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades cuando se requiera.	SI	Participo en la Actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades cuando se requiera.	Actas de participacion
Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades o proyectos que ejecute.	SI	Asisto y participo activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades o proyectos que ejecute.	Actas de participacion
Garantizar la custodia de la informacion y la gestion documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	SI	Garantizo la custodia de la informacion y la gestion documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	En proceso
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados	SI	Reviso y notifico oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados	En proceso
Las demas actividades solicitadas afines con la naturaleza del objeto del contrato.	SI	Estar presto a la necesidad de la unidad según se requiera el servicio.	En proceso

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $4,221,840 CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VENTIUN MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS MDA CTE

52201072

ANGELA MARIA MORENO COBOS

Fecha: dd/mm/año Firma de recibido supervisor:

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52201077		MORENO COBOS ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 23C #69C-20 APTO 904 TORRE 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4755705	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1017818955	9420879700	I	2021/06/21	2021/06/09	BANCOLOMBIA	0	$429,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,387,176	$222,000			$1,387,176	$173,400			$0	$0			$1,387,176	$33,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,387,176	$222,000			$1,387,176	$173,400			$0	$0			$1,387,176	$33,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,387,176	$222,000			$1,387,176	$173,400			$0	$0			$1,387,176	$33,800		$0	$0
1	CC	52201077	MORENO ANGELA	25-14	30	$1,387,176	$222,000	EPS005	30	$1,387,176	$173,400		0	$0	$0	14-11	30	$1,387,176	$33,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,387,176	$222,000			$1,387,176	$173,400			$0	$0			$1,387,176	$33,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52201077		MORENO COBOS ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 23C #69C-20 APTO 904 TORRE 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4755705	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1017818955	9420879700	I	2021/06/21	2021/06/09	BANCOLOMBIA	0	$429,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$222,000	$0	$0	$222,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$222,000	$0	$0	$222,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,800	$0	$0	$33,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$33,800	$0	$0	$33,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$173,400	$0	$0	$173,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$173,400	$0	$0	$173,400
TOTAL				1	$429,200	$0	$0	$429,200

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGELA MARIA MORENO COBOS

CC 52.201.077 DE BOGOTA

La suma de cuatro millones doscientos veintiún mil ochocientos cuarenta pesos mda cte ($4.221.840) por concepto de: medico general, durante el periodo de 01 al 30 de junio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5517-2021.

Nombre de contratista

CC 52.201.077 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 62411300779

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	cuenta cobro angela moreno abril 2021.pdf	cuenta cobro angela moreno abril 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	angela-05142021131724.pdf	angela-05142021131724.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo