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:	LAURA MARIELA BARON PULIDO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1026271216							
CORREO ELECTRONICO:	lau_bapu1121@hotmail.com				CELULAR:	3124478219							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOLOGIA				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO03D05	100	FO03I03	100									
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	468000036102										PENSIONADO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2270-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8			
NÚMERO DE CDP	1308	FECHA	24/08/2021	NÚMERO DE CRP	45557	FECHA	31/08/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Medico General Hospitalario dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2021		30	9	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$33.569									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 0%			NO					

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). AGOSTO 96 HORAS Y SEPTIEMBRE 84 HORAS. RETENCION EN LA FUENTE 11%

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$25.378.164
VALOR EJECUTADO	$24.975.282
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.819.769
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$402.882
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
53213671	$1.289.049	$161.131	$206.248	3	$31.453	**$398.832**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Veinti uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LAURA MARIELA BARON PULIDO
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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	GINECOLOGIA- CONSULTA URGENCIAS			**Sede: UNIDAD FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	2270-2021	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	a	**Dia**	**Mes**	**Año**
			01	09	2021		30	09	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA MARIELA BARON PULIDO		**CC**		1.026.271.216		**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS 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
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	100%	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los	100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
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%	Llevo 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	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	100%	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Participar en la programación de actividades del área.	100%	Participo en la programación de actividades del área.	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	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, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	100%	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	ORDENES MEDICAS
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 su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
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 su participación.	CUANDO SE REQUIERA
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.	*SISTEMA DE INFORMACION* INSTITUCIONAL
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	100%	Emito conceptos médicos que se le requieran.	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 de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	100%	Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	CUANDO SE REQUIERA
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	100%	Elaboraro 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%	Participare 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 mensualmente	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:

OBSERVACIONES: **$ 2.819.796 DOS MILLONES OCHOCIENTOS DIECINUEVE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS. M/CT.**

CONTRATISTA: LAURA MARIELA BARON PULIDO	**SUPERVISOR: RODOLFO DUARTE CELY**
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.	*Fecha : SEPTIEMBRE 2021*

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **LAURA MARIELA BARON PULIDO**, identificada con **CC** número **1026271216**, aportó por el empleado **LAURA MARIELA BARON PULIDO**, identificado(a) con **CC** número **1026271216** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **53213671** para el periodo de salud **2021-08** y pensiones **2021-08** de la siguiente forma.

Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0					X				0	30	$3.889.040	0,02436	3		$94.800	$0	$0	Agosto - 2021	53213671	09/09/2021	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0					X				0	30	$3.889.040	0,16000			$622.300	$19.500	$19.500	Agosto - 2021	53213671	09/09/2021	N
Salud	EPS005	Sanitas EPS	800251440	59	0					X				0	30	$3.889.040	0,12500			$486.200	$0	$0	Agosto - 2021	53213671	09/09/2021	N

El presente certificado se expide a los 9 días del mes Septiembre de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LAURA MARIELA BARON PULIDO

C.C 1026271216 DE BOGOTÁ

La suma de $2.819.769 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como Medico general durante el periodo de 01 al 30 de SEPTIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2270-2021

LAURA MARIELA BARON PULIDO

C.C 1026271216 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 468000036102

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		
☐	LAURA MARIELA BARON.pdf	LAURA MARIELA BARON.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LAURA MARIELA BARON PULIDO 2.pdf	LAURA MARIELA BARON PULIDO 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LAURA MARIELA BARON PULIDO 2.1.pdf	LAURA MARIELA BARON PULIDO 2.1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Notificacion de Supervisión.pdf	Notificacion de Supervisión.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	LAURA MARIELA BARON PULIDO (3).pdf	LAURA MARIELA BARON PULIDO (3).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LAURA MARIELA BARON PULIDO (4).pdf	LAURA MARIELA BARON PULIDO (4).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LAURA MARIELA BARON PULIDO (5).pdf	LAURA MARIELA BARON PULIDO (5).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LAURA MARIELA BARON PULIDO (6).pdf	LAURA MARIELA BARON PULIDO (6).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LAURA MARIELA BARON PULIDO(7).pdf	LAURA MARIELA BARON PULIDO(7).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LAURA MARIELA BARON PULIDO (8).pdf	LAURA MARIELA BARON PULIDO (8).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONFLICTO DE INTERESES GENERALES.pdf	CONFLICTO DE INTERESES GENERALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >