| 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: | LUIS ALFONSO MUÑOZ MUÑOZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 76.329.352 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | LAM24MUNOZ78@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 301 - 6978327 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UCI ADULTOS | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | | | J - 02 | 100 | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20305817367 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | OPS No. 3662 - 2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 6 DE 6 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1109 | FECHA | 26/06/2018 | NÚMERO DE CRP | 30651 | FECHA | 30/06/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales u de apoyo a lsa gestion como INTENSIVISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de las necesidades de la Institución | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | '01 | 7 | 2018 | | 31 | 7 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $9.580.440 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | 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: | $45.728.246 |
| VALOR EJECUTADO | $39.648.312 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $9.580.440 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6.079.934 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 87% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28844999 | $3.832.176,00 | $479.022 | $613.148 | 3 | $93.352 | **$1.185.522** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de JULIO del año Dos Mil Diez y Siete (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

**ORLANDO ENRIQUE NUÑEZ SOTO**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

CC 7632930

**LUIS ALFONSO MUÑOZ MUÑOZ**
**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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código | 15-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | UCI ADULTOS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Sede: KENNEDY | | |
| No. DE CONTRATO: | OPS N° 3662- 2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | 1 | 7 | 18 | | 31 | 7 | 18 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LUIS ALFONSO MUÑOZ MUÑOZ | | C. C. | | 76.329.352 | | DE : Bogotá | | | |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar mis servicios y conocimientos con calidad y eficacia como Profesional Especializado de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Kennedy, en la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos,

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __ NO ____ Servicios: SI _X__ NO _____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Manejo de Ventilación mecanica | 100% | Ordenó laboratorios clínicos, | en historia clinica |
| Interpretación de gases Arteriales, radiografias y laboratorios soliitados | 100% | Ordenó Imágenes diagnósticas, | en historia clinica |
| Manejo de soporte Hemodinámico | 100% | Elaboró Epicriis continuadas | en historia clinica |
| Realizó reanimación cardio pulmonar,manejo de vía aerea | 100% | Respondio interconsultas de cuidado crítico, registrarlas en el libro de interconsultas | en historia clinica |
| Manejo de catéteres para monitoreo invasivo | 100% | Realizó diariamente evoluciónes | en historia clinica |
| Diligenciar justificaciones de medicamentos No pos | 100% | Realizó diariamente ordenes medicas | en historia clinica |
| Cumplió con el reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional y ejecutó procedimientos seguros de trabajo según las actividades realizadas en la Institución, lavado de manos, medidas de aislamiento y correcta técni | 100% | Realizó diariamente ingresos del servicio | en historia clinica |
| | 100% | Realizó diariamente egresos del servicio | en historia clinica |
| | 100% | Dar informacion a la familia de acuerdo al proceso del servicio,llevando el formato de control de informe medico. | en historia clinica |
| | | | |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: (9.580.440 ) NUEVE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE

CC 76329352

LUIS ALFONSO MUÑOZ MUÑOZ CC. 76.329.352

CONTRATISTA

Fecha : JULIO ( ) del ano 2018 supervisor

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 76329352 | LUIS ALFONSO MUÑOZ MUÑOZ | TRANSVERSAL 20 N 94 - 25 INT 3 APTO 203 | 2180480 | lam24munoz78@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO COTIZACIÓN | | | | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | TOTAL A PAGAR |
| SALUD | | DIFERENTE A SALUD | | | | | |
| MES | AÑO | MES | AÑO | | | | |
| 7 | 2018 | 7 | 2018 | I | 2018/07/13 | 352523872 | $1.261.000 |
| | | | | | | 28844999 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 525.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 525.000 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 672.000 | 0 | 0 | 21.000 | 21.000 | 0 | 0 | | 714.000 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-28 | ARP Sura | 800256161-9 | 22.000 | | | | 22.000 | 0 | 0 | 22.000 | | | 220 | 22.000 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

CC 76329357

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 525.000 | 525.000 |
| Pensión | 1 | 714.000 | 714.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 22.000 | 22.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 1.261.000 | 1.261.000 |

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 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 complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Sí usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

## CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
### DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No records to display. | | | | | | | | |

### DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No records to display. | | | | | | | | |

### DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 76329352 | MUNOZ | MUNOZ | LUIS | ALFONSO | 2016-10 | E.P.S. SANITAS | COTIZANTE |
| CC | 76329352 | MUNOZ | MUNOZ | LUIS | ALFONSO | 2018-06 | EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | COTIZANTE |
| CC | 76329352 | MUOZ | MUOZ | LUIS | ALFONSO | 2018-06 | EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | 06/2018 | 01/11/2016 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | 05/2018 | 01/11/2016 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | 04/2018 | 01/11/2016 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | 03/2018 | 01/11/2016 | 30 | COTIZANTE | 4023 |
| EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | 02/2018 | 01/11/2016 | 30 | COTIZANTE | 4023 |