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:	DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52516759						
CORREO ELECTRONICO:	dianarg04@gmail.com				CELULAR:	3202728602						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS OLARTE				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA31/PA34	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	19223714741					PENSIONADO						

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2232 DE 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		13 DE 13			
NÚMERO DE CDP	1990	FECHA	13/12/2018	NÚMERO DE CRP	49496	FECHA	17/12/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO ESPECIALISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos del la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la Institución,**								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	1	2019		31	1	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.480.000								
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA				

OBSERVACIONES: LOS HONORARIOS DESCRITOS CORRESPONDE A 144 HORAS CONTRATADAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2019

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$74.520.000
VALOR EJECUTADO	$72.495.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.240.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.025.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 **$1.953105**, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
32125516	$2.592.000,00	$324.000	$414.800	3	$63.200	**$802.000**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de ENERO del año Dos Mil DIEZ Y NUEVE (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DRA YORBI CONSTANZA MOSQUERA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ

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. SALUD
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	USS NUEVAS DELICIAS									
			Sede: PABLO VI							
No. DE CONTRATO:	2232 DEL 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	1	2.019		31	1	2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ		C. C.	52.516.759			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 Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO ESPECIALISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos del la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la Institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Practicar las intervenciones medicas, establecer diagnostico y prescribir el tratamiento , de acuerdo a guiás, protocolos,manuales y normatividad vigente	SI	Dinámica , historia clínica rips	Dinámica
promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en Salud Pública a nivel intramural y extramural necesarias en los diferentes grupos del ciclo	SI	llamadas telefónicas, diseños de volante y registro en magnético	Historia Clínica y seguimiento telefónico
Realizar las actividades propias del servicio de Consulta Externa	SI	Historia clínica, Dinámica, rips,manejo de guías y protocolos,informes mensuales, remisiones	Dinámica
Elaborar las historias clínicas completas de acuerdo con la normatividad vigente	SI	Historia clínica, Dinámica, ims, rips	Dinámica formatos en físico por plan de contingencia
Realizar el ejercicio de autor regulación, auto control y auto gestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y /o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar	SI	Historia clínica, hims, rips,manejo de guías y protocolos,informes mensuales, remisiones, plan de acción, cumplimiento de metas	Dinámica
ealizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o planes y/o proyectos formulados en el área asignada	SI	llamadas telefónicas,diseño de volante, actividades de promoción del servicio	Llamados y diseños de actividades de promoción del servicio
Realizar la referencia y contra referencia cuando se requiera	SI	Historia clínica, Dinámica , rips,manejo de guías y protocolos,informes mensuales, remisiones	Dinámica
Participar en la elaboración y actualización del diagnostico de salud de la localidad y el área de influencia de la ESE	SI	Historia clínica, Dinámica , rips,manejo de guías y protocolos,informes mensuales, remisiones	Dinámica
actas de reunión con secretaria de salud, e informes de investigación y de gestión	SI	Historia clínica, Dinámica , rips,manejo de guías y protocolos,informes mensuales, remisiones	Dinámica
Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad	SI	Historia clínica, Dinámica, rips,manejo de guías y protocolos,informes mensuales, remisiones, plan de acción, cumplimiento de metas	Dinámica
participar en las acciones de vigilancia epidemiologica para situ	SI	notificaciones a salud publica	Fichas de salud pública

Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a identificar las necesidades de la comunidad	SI	reuniones con el líder de centro , reuniones del programa, reuniones Secretaria de Salud	UAT
reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio	SI	reuniones con el líder de centro , reuniones del programa, reuniones Secretaria de Salud	UAT, ULC
Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación en los servicios de salud	SI	informes e historia clínica, rips	Historia clínica bien diligenciada

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 6,480,000 SEIS MILLONES CUATRO CIENTOS OCHENTA MIL PESOS PESOS M/C

DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ C.C. 52.516.759

Fecha :31/01/2019 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	52516759	DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ	CRA 23 N 39 33 APTO 101	7551367	dianarg04@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						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) 2018/12/28	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD 32125516	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-12	2018-12	I	28/12/2018	32125516	$802.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	324.000	0		0		0	0	0	0	324.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	414.800	0	0	0	0	0	0		414.800	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	63.200				63.200	0	0	63.200			632	63.200	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				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	324.000	324.000
Pensión	1	414.800	414.800
Riesgos Laborales	1	63.200	63.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	802.000	802.000

PAGADA
52125516

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

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	52516759	DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ	CRA 23 N 39 33 APTO 101	7551367	dianarg04@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						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2018-12	2018-12	I	28/12/2018	32125516	TOTAL A PAGAR	
					$802.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES				
Tipo	Nro. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ciudad	Salario	Extranjero	Cotiza exterior	Suspensión	IGE	ATT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52516759	RAMIREZ GONZALEZ DIANA MARCELA	59	0			N							X										230301	2.592.000	414.800	0	0	0	0	EPS005	2.592.000	324.000	14-28	2.592.000	3	53.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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