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:	**MELISSA YOHANA CALCETO CONDE**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.030.602.005							
CORREO ELECTRONICO:	meli.cal93@gmail.com				CELULAR:	3045720643							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A-11 KE10	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24057998868										PENSIONADO	No	

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**2442-2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				**4 DE 4**			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	**NÚMERO DE CRP**	21742	**FECHA**	30/04/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO INTERNISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO 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	5	2018		31	5	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.138.000										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$24.552.000
VALOR EJECUTADO	$22.968.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.138.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.584.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

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
27566372	$2.455.200,00	$306.900	$392.832	3	$59.809	**$759.541**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de mayo del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR
Lider Medicina Interna Subred Suroccidente

Melissa Yohana Calceto Conde.

MELISSA YOHANA CALCETO CONDE

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

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA			**Sede: USS KENNEDY**					
No. DE CONTRATO:	2442-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MELISSA YOHANA CALCETO CONDE		**C. C.**	1.030.602.005			**DE**		

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 MEDICO HOSPITALARIO II de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno.	100%	1. Recibí y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
2, Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.	100%	2, Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.	100%	3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.	100%	4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias .	100%	5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.	100%	6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.	100%	7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.	100%	8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.	100%	9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
10 . Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	100%	Participé en reuniones de actualización programadas en el servicio con el fin de afianzar nuevos conocimientos sobre temas de interés	Lista de Asistencia
11, Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario de cada mes	100%	11, Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario del mes a certificr, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parametros eticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($6,138,000) SEIS MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

Melissa Yohana Calceto Conde
1030602005

CONTRATISTA MELISSA YOHANA CALCETO CONDE C.C No 1030602005

Fecha recibido

Firma recibido supervisor ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	MELISSA YOHANA CALCETO CONDE	**NIT:**	1030602005
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	mayo 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	mayo 2018
Número de Radicación:	27566372	**Total a pagar:**	$816,600
Fecha de vencimiento:	03/05/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	15/05/2018	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1083	**Número Autorización:**	220500
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-28	800256161	ARP Sura	1		$0	$60,500
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$396,600
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$49,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$309,800
						$816,600

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 27566372, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Melissa Yohana Calceto Conde
1030602005

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MELISSA YOHANA CALCETO CONDE
No. Identificación: CC1030602005
Dirección: CARRERA 114 A N 77 D 20
Telefono: 6458897
Correo: meli.cal93@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 27566372

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MELISSA YOHANA CALCETO CONDE
Tipo y número de identificación	CC1030602005
Número de planilla	27566372
Fecha pago	2018-05-15
Número de autorización pago	220500
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2018
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	816600
Total Intereses de Mora	7700

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	60500	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	396600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	49700	1
EPS008	Compensar EPS	309800	1

27566372

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030602005
APELLIDOS Y NOMBRES: MELISSA YOHANA CALCETO CONDE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	2455200	2455200	2455200	2455200	306900	0	392900	0	59900	0

Melissa Yohana Calceto Conde
1030602005

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

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1030602005
NOMBRES	MELISSA YOHANA
APELLIDOS	CALCETO CONDE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	13/03/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/16/2018 14:51:43	**Estación de origen:**	190.25.249.198

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Melissa Yohana Calceto Conde
1030602005

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"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

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
CC	1030602005	CALCETO	CONDE	MELISSA	YOHANA	2018-04	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	1030602005	CALCETO	CONDE	MELISSA	YOHANA	2016-02	COMPENSAR E.P.S.	BENEFICIARIO
CC	1030602005	CALCETO	CONDE	MELISSA	YOHANA	2017-03	NUEVA EPS S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERIODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DIAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	02/2018	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	01/2018	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	12/2017	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	11/2017	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	10/2017	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	09/2017	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	08/2017	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2017	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2017	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2017	13/03/2017	30	COTIZANTE	4023

Melissa Yohana Calceto Conde
1030602005.