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 ANDREA RAMIREZ MEDINA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018415731							
CORREO ELECTRONICO:	laurar_06@hotmail.com				CELULAR:	3005688565							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS KENNEDY												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SISTEMAS DE INFORMACIÓN				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	B410												
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco de occidente				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	285-85469-1								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4076-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	1250	FECHA	27/07/2018	NÚMERO DE CRP	34982	FECHA	31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO HOSPITALARIO II - SALUD MENTAL									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.290.000									
TIPO DE SERVICIOS		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:	$17.160.000
VALOR EJECUTADO	$17.160.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.290.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
29119600	$1.716.000,00	$214.500	$274.560	3	$41.802	**$530.862**

Dado en Bogotá a los (12) días del mes de JUILIO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Jesus Arturo Valencia
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Laura A. Ramirez
Laura Andrea Ramírez Medina cc:1018415731
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.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Unidad de Servicios de Salud:	USS KENNEDY	Ubicación del Servicio:	SISTEMAS	Sede:	Sede: KENNEDY				
No. De Contrato:	4076-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	18		31	8	18
Nombre del Contratista:	Laura Andrea Ramirez Medina	C. C.	1.018.415.731			De	Bogotá		

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1, Brindar servicios de evaluacion, diagnostico y tratamiento a pacientes de urgencias, hospitalizados que presenten alteración del estado mental	100%	Atencion y valoracion primera vez por psiquiatria en urgencias Respuesta de interconsulta Atención y valoración de pacientes hospitalizados en la institución y que están en manejo por otros servicios	Registro de historia Clínica
2, Realizar anamnesis con familiares de pacientes atendidos en el servicio	100%	Registro de Historia clínica y atención a familiares, diligenciamiento de documentación de historia clinica	Registro de historia Clínica
3, Participar en programas educativos y asistenciales en los que interviene el servicio	100%	Capacitación del personal del Hospital Psicoeducación a familiares y pacientes	Registro de historia Clínica
4, Elaborar registros clínicos y estadísticos	100%	Registro diario de pacientes valorados, entregas de turno	Registro de historia Clínica y estadística
5, Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados	100%	Dentro de todos los servicios de la institución. Se cumple ley 23 del 1981	Registro de historia Clínica
8, Participar en actividades clínicas, docentes, investigativas y/o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención	100%	Supervision de práctica de estudiantes, internos, residentes (pregrado y postgrado de medicina)	Registro de historia Clínica y estadística
9, Realizar intervenciones individuales y grupales en las areas de psicoeducación, psicometria y psicosocial	100%	Psicoeducación individual a pacientes, familiares y personal de salud	Registro de historia Clínica

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $4'290.000 (Cuatro millones doscientos novental mil pesos).

Laura A. Ramirez

LAURA ANDREA RAMIREZ MEDINA
1018415731
MEDICO HOSPITALARIO II

Jesús Arturo Valencia C. MEDICO PSIQUIATRA

SUPERVISOR

Jesús Arturo Valencia C. MEDICO PSIQUIATRA

JESUS ARTURO VALENCIA
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	1018415731	LAURA ANDREA RAMIREZ MEDINA	calle 147 # 13 -67 apto2 208 torre 2	3005688565	laurar_06@hotmail.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				
8	2018	8	2018	I	30/07/2018	29119600	$531.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Duplicado	IRG	RET	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
1	CC	1018415731	RAMIREZ MEDINA LAURA ANDREA	59	0			N																	25-14	1.716.000	274.600	0	0	0	0	EPS005	1.716.000	214.500	14-28	1.716.000	3	41.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	1018415731	LAURA ANDREA RAMIREZ MEDINA	calle 147 # 13 -67 apto2 208 torre 2	3005688565	laurar_06@hotmail.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				
8	2018	8	2018	I	30/07/2018	29119600	$531.000

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	214.500	0		0		0	0	0	0	214.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	274.600	0	0	0	0	0	0		274.600	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	41.900				41.900	0	0	41.900			419	41.900	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	214.500	214.500
Pensión	1	274.600	274.600
Riesgos Laborales	1	41.900	41.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	531.000	531.000

ANULADA
29119600

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