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	%	
	PA31PA34	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:	3248 DE 2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 DE 11			
NÚMERO DE CDP 1	1661	FECHA	28/11/2019	NÚMERO DE CRP 1	54120	FECHA	30/11/2019			
NÚMERO DE CDP 2	1742	FECHA	16/12/2019	NÚMERO DE CRP 2		58529	FECHA		18/12/2019	
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	12	2019		31	12	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:	$64.800.000
VALOR EJECUTADO	$64.800.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.480.000
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 **$2,070,290**, 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
39176214	$2.592.000,00	$324.000	$414.800	3	$63.200	**$802.000**

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

DRA ALBA EDITH LÓPEZ LÓPEZ

DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned with CamScanner

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Ubicación del Servicio:	**USS NUEVAS DELICIAS**				**Sede: PABLO VI**				
No. DE CONTRATO:	3248 DE 2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.019		31	12	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

Scanned with CamScanner

Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a identificar las necesidades de la comunidad	SI	reuniones con el lider de centro , reuniones del programa, reuniones Secretaria de Salud	UAT
reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio	SI	reuniones con el lider 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 clinica, rips	Historia clínica bien diligenciada

OBSERVACIONES:

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

DIANA MARCELA RAMIREZ GONZALEZ C.C. 52.516.759

Fecha :31/12/2019 supervisor: Alba Edith Lopez

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

Scanned with CamScanner

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 25 N 39 33 APTO 101	7551387	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-11	I	05/12/2019	39176214	$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	800224808-6	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										
14-11	ARL SURA	860903790-5	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
99176214

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

Scanned with CamScanner

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 25 N 39 33 APTO 101	7551387	dianarg04@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-11	I	05/12/2019	39176214	$302.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Depto	Ciudad	Extranjero	Colombiano en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	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	2.892.000	414.800	0	0	0	0	EPS005	2.892.000	324.000	14-11	2.892.000	3	63.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Scanned with CamScanner