49679

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:	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	17956572						
CORREO ELECTRONICO:	jompeza@yahoo.es				CELULAR:	3134198045						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Fontibon							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Medicina Interna				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	F003B04	30	F003I06	30	F003J05	40						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	17956572						PENSIONADO	No				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2872-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	6					
NÚMERO DE CDP	861	FECHA	27/06/2019	NÚMERO DE CRP	30127	FECHA	30/06/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÒN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2019		31	7	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$76.039									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:autorizo a la subred integrada de servicios de salud suroccidente ESE a girar la suma de $500.000 para mi cuenta dafuturo No. 0600457200080915, al igual que la suma de $ 2.000.000 a la cuenta AFC No. 457200108399 del banco davivienda con cada pago, solicito la aplicacion de beneficio de dependiente segun el articulo 2 decreto 099/13 por mi hijo Miguel Angel Peralta Mancilla - JUNIO 220 HORAS JULIO 230 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$101.131.870
VALOR EJECUTADO	$101.131.870
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$17.488.970
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
35852353	$6.691.432,00	$836.429	$1.070.629	3	$163.003	**$2.070.061**

Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de JULIO del año Dos Mil diez y nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

Jose M. Peralta

OSCAR ENRIQUE GARCIA JIMENEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

18.07

Hospital de Usme Nivel I E.S.E. Red Suroriente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
		Fecha de aprobación	07/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAMU		**Sede: FONTIBON**								
No. DE CONTRATO:	2872-2019	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	7	19		31	7	19		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA	**C. C.**	17.956.572				**DE**	FONSECA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de los servicios como especialista en Medicina Interna realizando los turnos hospitalarios, la consulta e interconsulta que se requiera por los diferentes servicios y/o según programación de las agendas y turnos.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender el servicio de medicina interna en la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon y/o unidad de cuidados intermedios en las instalaciones de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	SI	Realizo la Atencion el servicio de medicina interna en la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon y/o unidad de cuidados intermedios en las instalaciones de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	PROGRAMACION DE TURNOS
Responder las interconsultas de Medicina Interna del servicio de urgencias cuando el paciente ha sido valorado previamente por el médico de urgencias, de acuerdo a los tiempos estipulados por las institución.	SI	Respondo las interconsultas de Medicina Interna del servicio de urgencias cuando el paciente ha sido valorado previamente por el médico de urgencias, de acuerdo a los tiempos estipulados por las institución.	HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA DINAMICA GENERENCIAL
Registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	SI	Registro la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA DINAMICA GENERENCIAL
Diligenciar completamente los diferentes formularios y registros estadísticos de acuerdo a lo establecido en la Institución y la normatividad vigente,	SI	Diligencio completamente los diferentes formularios y registros estadísticos de acuerdo a lo establecido en la institución y la normatividad vigente.	HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA DINAMICA GENERENCIAL
Recibir las referencias de pacientes e informar causales de rechazo de pacientes remitidos a la Institución, utilizando el formato definido por radio.	SI	Recibo las referencias de pacientes e informo causales de rechazo de pacientes remitidos a la institución, utilizando el formato definido por radio.	BITACORA ACEPTACION DE REFERENCIAS
Realizar entrega y/o recibo de turno del servicio en donde ejecuta las actividades con su par.	SI	Realizo entrega y/o recibo de turno del servicio en donde ejecuta las actividades con su par.	FORMATO RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
Gestionar el giro cama del servicio de Medicina Interna en el piso y en la Unidad de Cuidados Intermedios, de acuerdo a lo establecido por la institución.	SI	Gestiono el giro cama del servicio de Medicina Interna en el piso y en la Unidad de Cuidados Intermedios, de acuerdo a lo establecido por la institución.	COMUNICACIÓN DIRECTA O TELEFONICA EN EL TURNO
Apoyar las actividades de Coordinación Técnica del servicio de Medicina Interna en lo relacionado a la participación en análisis de eventos adversos, infecciones y auditorias.	SI	Apoyo las actividades de Coordinación Técnica del servicio de Medicina Interna en lo relacionado a la participación en análisis de eventos adversos, infecciones y auditorias.	ASISTO CUANDO ES REQUERIDO POR LA COORDINACION
Digitar las Registros Individuales de Servicios - RIPS y demás formatos del Hospital que le sean indicados por el Supervisor del Contrato.	SI	Digito los Registros Individuales de Servicios- RIPS y demás formatos del Hospital que le sean indicados por el Supervisor del Contrato.	DINAMICA GERENCIAL
Deberá estar afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente contrato.	SI	Estoy afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente	PLANILLA MENSUAL ANEXA A CUENTA DE COBRO
Observar las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon por las autoridades respectivas.	SI	Observo las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon por las autoridades respectivas.	ADHERENCIA MANUAL DE BIOSEGURIDAD
Responder a las interconsultas solicitadas por los demás servicios cuando el paciente requiera la atención clínica en los tiempos establecidas por la institución.	SI	Respondo a las interconsultas solicitadas por los demás servicios cuando el paciente requiera la atención clínica en los tiempos establecidos por la	DINAMICA GERENCIAL
Controlar los pacientes bajo su cuidado y pasar revista a los pacientes complicados que se encuentren bajo su cuidado.	SI	realizo control los pacientes bajo su cuidado y pasar revista a los pacientes complicados que se encuentren bajo su cuidado.	DINAMICA GERENCIAL
Presentación de cuenta de cobro, acompañada del pago de seguridad social correspondiente al mes del servicio cobrado.	SI	Presento de cuenta de cobro, acompañada del pago de seguridad social correspondiente al mes del servicio cobrado.	CUENTA DE COBRO MENSUAL
Asistencia obligatoria a reuniones de seguimiento del contrato y presentación de plan de mejoramiento en caso de ser requeridos.	SI	Asisto a reuniones de seguimiento del contrato y presentación de plan de mejoramiento en caso de ser requeridos.	ACTAS DE ASISTENCIA
Ejecutar la labor contratada con responsabilidad y ética profesional.	SI	Realizo la labor contratada con responsabilidad y ética profesional.	SE EVIDENCIA EN LA ATENCION EN SALUD
Colaborar con la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon. En el desarrollo de los Convenios Docencia - Servicio, que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de la especialidad.	SI	Colaboro con la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon. En el desarrollo de los Convenios Docencia - Servicio, que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de la especialidad.	EVALUACION A ESTUDIANTES
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	SI	Alimento permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	DIANMICA GENRENCIAL, RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
presentar las evaluaciones trimestrales programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesta de trabajo.	SI	N/A	NO SE ESTAN REALIZANDO EVALUACIONES TRIMESTRALES
Se debe anexar mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: Interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones-notas, según el área donde presten el servicio.	SI	Anexo mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: Interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones-notas, según el área donde	CUENTA DE COBRO MENSUAL

OBSERVACIONES: MAYO 230 HORAS JUNIO 220 HORAS JULIO 230 HORAS

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **$17.488.970 diez y siete millones cuatroscientos ochenta y ocho mil novescientos setenta pesos m/cte**

Jose M. Peralta

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA

C.C. 17.956.572 FONSECA - LA GUAJIRA

Fecha:

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	17956572	Jose Miguel Peralta Zabaleta	cra 8 # 45 - 20	2853850	jompeza@yahoo.es	
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	
2019-06	2019-06	I	03/07/2019	35852353	$2.659.300	

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	1.040.800	0		0		0	0	0	0	1.040.800	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
230901	Old Mutual	800253055-2	1.332.200	0	0	41.700	41.700	0	0		1.415.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	202.900				202.900	0	0	202.900			2.029	202.900	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	1.040.800	1.040.800
Pensión	1	1.415.600	1.415.600
Riesgos Laborales	1	202.900	202.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.659.300	2.659.300

PAGADA
35852353
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	17956572	Jose Miguel Peralta Zabaleta	cra 8 # 45 - 20	2853850	jompeza@yahoo.es	
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-06	2019-06	I	03/07/2019	35852353	$2.659.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	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	17956572	PERALTA ZABALETA JOSE MIGUEL	59	0			N																	230901	8.325.888	1.332.200	0	0	41.700	41.700	EPS005	8.325.888	1.040.800	14-11	8.325.888	3	202.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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