

					Versión		3					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación		2/15/2018					
					Código:		04-02-FO-0002					
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				Maria Camila Bustos Martínez								
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1016105875			
CORREO ELECTRONICO:				camilabustosmartinez2598@gmail.com				CELULAR:		3007444736		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:		SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%									
		KE10B01	100									
ENTIDAD FINANCIERA:		BBVA COLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				356001927				PENSIONADO		NO		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO			4414			VIGENCIA			2024			
NÚMERO DE CDP		1356	FECHA	2024-05-30 10:50:48.000		NÚMERO DE CRP		32964	FECHA	2024-05-31 21:00:00.000		
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL										
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL			
					2024-05-01							
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$6,629,220							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%				N/A				
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:								\$26,295,906				
VALOR EJECUTADO								\$26,295,906				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$6,629,220				
VALOR A LIBERAR								\$0				
SALDO POR EJECUTAR								\$0				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%				
El intervisor 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 \$2.194,507 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				
7926387434	\$2,651,688	\$331,461		\$424,270		3	\$64,595	\$820,326				
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.												
VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ 87712270 Supervisor												
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.												
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021												

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.	Valora pacientes en estas dos áreas y cumple a cabalidad sus actividades.	Libro de recibo y entrega de turno.
Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.	Ejecuta la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.	Lista de programación de actividades.
Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.	Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.	Historia clínica manual.
Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.	Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria.	Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología.
Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.	Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.	Historia clínica manual.
Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.	Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato.	Sistema de PQRS
Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.	Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes.	Casos atendidos dentro del turno.
Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.	Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.	Listas de asistencia a reuniones del área.
Realizar adecuado uso de los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área (monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.	Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio.	Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.
Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención médica.	Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares.	Historia clínica manual.

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1016105875	NÚMERO PLANILLA:	7926387434	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA CAMILA BUSTOS MARTINEZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ZIPAQUIRA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	DÍAS DE MORA:	2024		2024
DIRECCIÓN:	CRR 15 # 12 46	TELÉFONO:	9999999	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/05/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	632258039
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 424.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 424.300	\$ 0	\$ 424.300
SUBTOTALES:										\$ 424.300	\$ 0	\$ 424.300

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 331.500		\$ 0		\$ 0	\$ 331.500	\$ 0	\$ 331.500
SUBTOTALES:									\$ 331.500				\$ 0	\$ 331.500	\$ 0	\$ 331.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 64.600	\$ 64.600	\$ 0	\$ 0	\$ 64.600
SUBTOTALES:									\$ 64.600	\$ 0	\$ 0	\$ 64.600

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 53.100	\$ 0	\$ 53.100
SUBTOTALES:			\$ 53.100	\$ 0	\$ 53.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																										
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES																					
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	MINEDU												
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE						ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1016105875	BUSTOS MARTINEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE		\$ 2.651.688			NO	C-01																	230301- PORVENIR	30		\$ 2.651.688	\$ 424.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 424.300	EPS005- SANITAS S.A.	30		\$ 2.651.688	\$ 331.500	\$ 0	\$ 331.500	14-11 - ARL SURA	30		\$ 2.651.688	\$ 101610587	\$ 64.600	30		\$ 2.651.688	\$ 53.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 873.500
--------------	-------------------

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 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. Si 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 a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1016105875	BUSTOS	MARTINEZ	MARIA	CAMILA	2024-04	EPS SANITAS	COTIZANTE
CC	1016105875	BUSTOS	MARTINEZ	MARIA	CAMILA	2023-09	EPS SANITAS	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS SANITAS	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	09/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS SANITAS	09/2023	0	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	08/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
1 2 3 4 5 6 7 8 9				88 Registros en 9 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar

Descargar



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

códigos de autorización?

☐ Sí

☒ No

Id de pago **Número de factura** **Fecha de emisión** **Fecha de recepción** **Valor total de la factura** **Estado**

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por	
☐	CUENTA DE FEB 2024.pdf	CUENTA DE FEB 2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA DE MARZO 2024.pdf	CUENTA DE MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA DE ABRIL 2024.pdf	CUENTA DE ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
			<div>Borrar</div>	<div>Cargar nuevo</div>

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE SEPT 2023.pdf	CUENTA DE SEPT 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE OCT 2023.pdf	CUENTA DE OCT 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE NOV 2023.pdf	CUENTA DE NOV 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE DIC 2023.pdf	CUENTA DE DIC 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE ENERO.pdf	CUENTA DE ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			<div>Borrar</div>	<div>Cargar nuevo</div>	

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA CAMILA BUSTOS MARTINEZ

C.C . 1.016.105.875 DE BOGOTA

La suma de SEIS MILLONES SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/cte (6.629.220), por concepto de: prestación de servicios como médico general en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 1 AL 31 de MAYO de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4414-2024.

MAR  Z

C.C . 1.016.105.875 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 356001927