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	16/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDRES CAMILO MEZA PACHECO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1065590605							
CORREO ELECTRONICO:	acmeza@ucatolica.edu.co				CELULAR:	3008823771							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					TINTAL KE11								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Urgencias- Hospitalizacion Pediatria				SEDE: KE11								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11B05	70%	KE11I05	30%									
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	52323939365										PENSIONADO	no	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6756-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 3				
NÚMERO DE CDP	1661	FECHA	28/11/2019	NÚMERO DE CRP	65368	FECHA	30/11/2019			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Pediatria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2019		31	12	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.196.456									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$25.246.115
VALOR EJECUTADO	$17.321.520
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.196.456
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7.924.595
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	69%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
38608519-39131652	$3.983.950,00	$637.432	$497.994	3	$97.049	$1.232.475

Dado en Bogotá a "los dias" del mes de Diciembre del año Dos Mil 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Maritza Milena Mejia Lopez

JEFE MARITZA MEJIA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Andres Camilo Meza P

ANDRES CAMILO MEZA PACHECO

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

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS PEDIATRIA					Sede: TINTAL KE11					
No. DE CONTRATO:	6756-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	12	2.019		31	12	2.019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDRES CAMILO MEZA PACHECO		C. C.	1.065.590.605			DE	VALLEDUPAR			

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 PEDIATRA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur OccidenteOBJETO 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 PEDIATRA 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- cumplir con las leyes, Decretos, Acuerdos Resoluciones, Circulares de cualquier organo externo o Reglamento interno, código o directriz Interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	SI	1) Cubrimiento para el programa de Atención Hospitalaria, con el fin de prestar servicios con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de Urgencias Pediatría y en el área de Hospitalización, cuando se requiera de sus servicios, con el fin de dar cumplimiento a los convenios y contratos con las diferentes entidades tales como el SOAT, ASR, FFD y EPS. De conformidad a la moral y de manera eficaz y oportuna. Receptividad y buen trato al paciente y a los compañeros, conocimiento y destreza los procedimientos del área para lo cual se hace la contratación.	Se prestaron servicios con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de urgencias pediatría de manera eficaz y oportuna. Presenta buen trato con los pacientes y compañeros. Presenta conocimientos y destreza de los procedimientos de su area.
2. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente ontrato, de acuerdo con el código del buen gobierno y ética Institucional y/o Profesional.	SI	2) Informar a la jefatura del Departamento sobre inconvenientes presentados en la prestación del servicio. Buscar y aportar soluciones para mejorar la calidad y oportunidad del mismo.	Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la prestación del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio.
3. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimi del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.	SI	3) Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores Institucionales para realizar la prestación del servicio.	Presenta actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios y valores institucionales para realizar la prestación del servicio.
4. Pagar sus aportes al Sistema General de Salud Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cadamas.	SI	4) Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato.	Ejecuta con autonomia tecnica y científica el objeto relacionado de este contrato
5. Cumplir con las adherencias a las guías de manejo manuales instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	SI	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, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.	Respeta los derechos del paciente y cumplio el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes en el servicio de urgencias y hospitalización.
6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recures del Sistema Integrado d Gestión de la Subred Surocciente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestióndocumental y archivo Sistema Único de acreditación, Responsabilidad social , Seguridad de la Información y control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades signadas.	SI	6) Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, Urgencias, cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. El seguimiento por procedimiento debe ser realizado por el médico tratante hasta la evolución satisfactoria.	Realizó procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieron de sus conocimientos en los servicios de atención hospitalaria y urgencias.
7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorios de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componenetes del Sistema Unico de Habilitació, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema unico de acreditación y Sistema delnformación.	SI	7) Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales al hospital requiera de su intervención.	Participó en las actividades clinicas, docentes, investigativas y/o administrativas en las cuales el hospital requirió de su intervención.
8. cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel Institucional para elmantenimiento y mejora de los Ejes del sistema Unico de Acreditación: Gestión del riesgo, humanización de la atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura. Gestión de acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	8) Llevar y presentar controles estadísticos con fines científicos, administrativos y reportar enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiología y al interventor del contrato ,recibir la capacitación en Vigilancia epidemiológica y las políticas Institucionales en uso de antibióticos . Dicha información debe ser consolidada y presentada al interventor como soporte para la cetificación de actividades.	Realizó reporte de enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiologia.
9. Cumplir con las políticas gerenciales, Acuerdos Intitucionales, Protocios éticos, Planes , Programas, Procesosy Procedimientos definidos en el marco de operación de la subred surocciente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	9) Llenar a cabalidad los formatos de las historias clínicas, reportes de estudios deacuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la Institucion respaldando toda actuacion con su firma y sello.	Llenó a cabalidad los formatos de historias clínicas , reportes de estudios de acuerdo a lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda actuación con firma y sello.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (número y letras): $5.196.456 CINCO MILLONES CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE.

Andres Camilo Meza P

ANDRES CAMILO MEZA PACHECO , CÉDULA 1065590605 **FIRMA CONTRATISTA**

Maritza Milena Mejía Soano

supervisor: JEFE MARITZA MEJÍA **Líder del Proceso**

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	1065590605	ANDRES CAMILO MEZA PACHECO	Carrera 13 #48-50	4575557	acmeza@fucsalud.edu.co	
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	08/11/2019	38608519	$670.000	

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	270.700	0		0		0	0	0	0	270.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	346.500	0	0	0	0	0	0		346.500	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	830903790-5	52.800				52.800	0	0	52.800			528	52.800	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	270.700	270.700
Pensión	1	346.500	346.500
Riesgos Laborales	1	52.800	52.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	670.000	670.000

COPIA
38608519

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	1065590605	ANDRES CAMILO MEZA PACHECO	Carrera 13 #48-50	4575557	acmeza@fucsalud.edu.co	
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	08/11/2019	38608519	$670.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES											PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Aprendiz	Estudiante	Extranjero sin cédula	Extranjero	Colombiano en el exterior	Residente	IGE	TDE	TAE	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a 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	1065590605	MEZA PACHECO ANDRES CAMILO	59	0					N														231001	2.165.190	346.500	0	0	0	0	EPS005	2.165.190	270.700	14-11	2.165.190	3	52.800		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	1065590605	ANDRES CAMILO MEZA PACHECO	Carrera 13 #48-50	4575557	acmeza@fucsalud.edu.co	
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
38608519	08/11/2019				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-11	N	04/12/2019	39131652	$603.400	

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	227.300	0		0		0	1	200	0	227.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	291.000	0	0	20.000	20.000	1	300	200	331.500	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	830903790-5	44.300				44.300	1	100	44.400			443	44.400	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	227.300	227.500
Pensión	1	331.000	331.500
Riesgos Laborales	1	44.300	44.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	602.600	603.400

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	1065590605	ANDRES CAMILO MEZA PACHECO	Carrera 13 #48-50	4575557	acmeza@fucsalud.edu.co	
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
38608519	08/11/2019				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-11	2019-11	N	04/12/2019	39131662	$603.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Econ. movil	IBC	Ret.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	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	Días en riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1065590605	MEZA PACHECO ANDRES CAMILO	59	0			N								X								231001	3.983.950	637.500	0	0	20.000	20.000	EPS005	3.983.950	498.000	14-11	3.983.950	3	97.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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