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	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NATALIA ANDREA MARTINEZ RODRIGUEZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1015448762		
CORREO ELECTRONICO:	Nattmartinez9@gmail.com				CELULAR:	3183940568		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	EXTENSION HOSPITALARIA EN CASA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10I18	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4900012468					PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	5845			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2242	FECHA	2024-10-31 16:34:27.000	NÚMERO DE CRP	67356	FECHA	2024-10-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-10-01		2024-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,573,240				
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:	$24,708,079
VALOR EJECUTADO	$24,050,755
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,573,240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$657,324
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 $2.194,507 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
80943496	$2,366,366	$295,796	$378,619	3	$57,645	$732,059

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
HISTORIA CLINICA:2. Apoyar la realizacion de las actividades, procedimientos diagnisticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral. 3. Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes. 4. Llevar registro de la atencion de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplilmento de los procesos de costos y facturacion. 11. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legabilidad, oportunidad e integridad. 12.Realizar los procedimientos al usuario acorde consus responsabilidades dentro del servicio. 13. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere su participacion. 14. Informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atención. 17.Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique su cumplimiento. 22. Registrar las actividades realizadas relacionadas ocn la prestacion del servicio de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	2,Atendí oportunamente a los pacientes que fueron atendidos por mi.3, Registré de acuedo con las exigencias legales los datos relacionados con la atencion a los pacientes atendidos por mi.4. Registré en la historia clinica los procedimientos realizados a cada paciente atendido por mi. 11, Registré en la historia clinica, de acuedo con las exigencias legales los datos relacionados con la atencion a los pacientes atendidos por mi. 12,Atendí oportunamente a los pacientes que fueron atendidos por mi. 13,Atendí oportunamente a los pacientes que fueron atendidos por mi. 14. En la atencion hecha a los usuarios suministré la informacion necesaria para que tomen consciencia de la problemática de la salud para que ellos puedan conocer los pasos a seguir en su atención. 17. Registré en la historia clinica los procedimientos realizados a cada paciente atendido por mi. 22. Registré en la historia clinica los procedimientos realizados a cada paciente atendido por mi.	Datos ingresados en el aplicativo institucional de la historia cllinica de los pacientes atendidos
GESTION DE CALIDAD:5, Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido. 6. Participar en la programacion de las actividades del area. 10. Impartir instrucciones al personal a cargo. 19. Participar en las jornadas de capacitacion, inducción, equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 20. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyar la implementación de los mismos. 23. Realizar supervision de los contratos para los que sea designado	4. Realicé la entrega de mis turnos de acuerdo con la normatividad institucional. 6. Asistí a las reuniones a las que fui invitada. 10. no aplica. 19. Asistí y participé en las reuniones programadas a las que fui invitada dentro del mes. 20. no aplica. 23. no aplica	Registro en las listas de reuniones y de entrega de turnos del area
HABILITACION: 7. Reportar os eventos de notificacion obligatria con la cportunidad establecida en la normatividad vigente. 8. Notificar las fallas de calidad que se presetan en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las accioens de mejora definidas para el servicio. 9, Participar en los analisis a los que sea convocado e mplementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 15. Promover acciones de humanizacion en la aatención y de eguidad del pacinete en el servicio. 16. Apoyar en el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred.	7, no aplica. 9, no aplica. 15. Hice mi trabajo con calidad y compromiso institucional. 16, no aplica. 18, no aplica	No aplica
VALORES ETICOS:1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil conforme a lo establecido en el programa de atencion hospitalaria en casa, atencion de los pacientes asignados según la ruta establecida en el programa de atención hosptalaria en casa incluyendo el desplazamiento al sitio en el cual se encuentra cada uno de los pacientes. Realizar las actividades clinicas de orientación al paciente, su familia y a la comnidad en cuanto al concepto de relación a la pertinencia de su profesion. 21. Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	1. Realicé mis actividades cumplÍendo con la normatividad vigenre y de acuerdo con el protafolio institucional. 21. No aplica	No aplica
INVENTARIOS: 18.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	No aplica	No aplica

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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

Copia controlada Subred Sur Occidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARTINEZ RODRIGUEZ NATALIA ANDREA

C.C 1.015.448.762 DE BOGOTA

La suma de: ($6.573.240) Seis millones quinientos setenta y tres mil doscientos cuarenta pesos m/cte.

Por concepto de: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina 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. durante el periodo de 1 al 31 de octubre de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 5845-2024



MARTINEZ RODRIGUEZ NATALIA ANDREA

C.C 1.015.448.762 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 04900012468

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	1015448762	NATALIA ANDREA MARTINEZ RODRIGUEZ	Cra68 g #68-83	3183940	nattmartinez9@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80943496	$732.200	

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	295.800	0		0		0	0	0	0	295.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	378.700	0	0	0	0	0	0		378.700	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	57.700				57.700	0	0	57.700			577	57.700	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	295.800	295.800
Pensión	1	378.700	378.700
Riesgos Laborales	1	57.700	57.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	732.200	732.200

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	1015448762	NATALIA ANDREA MARTINEZ RODRIGUEZ		Cra68 g #68-83	3183940	nattmartinez9@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80943496	$732.200	

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	Estornado	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	1015448762	MARTINEZ RODRIGUEZ NATALIA ANDREA	57	0			N																	230301	2.366.366	378.700	0	0	0	0	EPS005	2.366.366	295.800	14-11	2.366.366	3	57.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	1015448762	MARTINEZ	RODRIGUEZ	NATALIA	ANDREA	2023-02	EPS FAMISANAR	COTIZANTE
CC	1015448762	MARTINEZ	RODRIGUEZ	NATALIA	ANDREA	2019-10	EPS FAMISANAR	BENEFICIARIO
CC	1015448762	MARTINEZ	RODRIGUEZ	NATALIA	ANDREA	2024-05	EPS SANITAS	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS SANITAS	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...
120 Registros en 12 Paginas