	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MERY LUZ MARTINEZ GELIZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.140.847.388						
CORREO ELECTRONICO:	MERY1001@GMAIL.COM				CELULAR:	3006572380						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS SAN BERNARDINO				SEDE:	PABLO VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA25A10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	769-239657-14								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2229			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			Pago 2 de 3			
NÚMERO DE CDP 1	29	FECHA	8/01/2020	NÚMERO DE CRP	14386	FECHA	31/01/2020			
NUMERO DE CDP 2		FECHA		NUMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de 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	3	2020		31	3	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.419.296									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NA							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$16.257.888 *
VALOR EJECUTADO	$10.838.592
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.419.296
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.419.296
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
574667729	$2.144.410,00	$268.051	$343.106	3	$52.238	**$663.395**

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de MARZO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

IBET JUSSEF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MERY LUZ MARTINEZ GELIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS SAN BERNARDINO		Sede: PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	2229	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	3	2.020		31	3	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MERY LUZ MARTINEZ GELIZ		C. C.	1.140.847.388		DE	BARRANQUILLA		

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 Medico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Practicar las intervenciones y valoraciones médicas requeridas dando cumplimiento a la normatividad vigente y protocolos, guías y manuales institucionales.	SI	INTERVENCIONES Y VALORACIONES MÉDICAS DE ACUERDO A PROTOCOLOS, GUIAS INSTITUCIONALES	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPS-FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
2. Realizar las actividades de medicina general encaminadas a promoción y prevención.	SI	ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
4. Elaborar historias clínicas correspondientes al servicio de urgencias, realizando diligenciamiento oportuno, completo de acuerdo con la normatividad vigente y a las políticas institucionales.	SI	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS DE FORMA OPORTUNA Y COMPLETA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPS-FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
5. Realizar las acciones de salud pública de su responsabilidad en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación necesarios en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente	SI	ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LOS DIFERENTES FRUPOS POBLACIONALES	CONOCIMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LA ADHERENCIA A GUIAS Y PLANES DE MEJORA
6. Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural del POS, del PIC y otros programas y proyectos de responsabilidad de la institución.	SI	DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE PRMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTOS	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
7. Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social, con los diferentes actores locales con el fin garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud e impulsar y motivar la conformación de grupos de participación social	SI	APOYO EN EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA GARANTIZAR LA PERTINENCIA Y EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD E IMPULSAR Y MOTIVAR LA CONFROMACION GRUPAL	AUTOCONTROL EN EL SEGUIMIENTO A LA PRODUCCION SEMANAL
8. Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud	SI	APOYO EN EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA GARANTIZAR LA PERTINENCIA Y EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
9. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	SI	PARTICIPACION EN LA ACTUALIZACIÓN DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA ACTUALIZACION DE GUIAS DE MANEJO
10. Participar junto con el equipo de salud, en la evaluación de la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad	SI	PARTICIPACION JUNTO CON EL EQUIPO DE SALUD EN LA EVAUACION DE EFICIENCIA E IMPACTO DE LOS PROGRAMAS OFRECIDOS	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA
11. Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.	SI	REALIZAR REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA A LOS USUARIOS CUANDO CORRESPONDA	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXO 3 EN INTRANET
12. Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población	SI	REALIZACIÓN DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN SEGÚN PERTINENCIA	NOTIFICACIONES SEGÚN PERTINENCIA A SIVIGILA
13. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad	SI	IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y PARTICIPAR EN ESTUDIOS TENDIENTES A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS	ASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA
14. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio	SI	PROPICIAR LAS RELACIONES DE COORDINACION NECESARIAS PARA LOGRAR UNA EFICAZ PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ARMONÍA	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA
15. Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución	SI	PARTICIPACIÓN EN EL ANÁLISI DE LA INFORMACIÓN DE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ÁREA	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA
16. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	SI	APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS, NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA
17. Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio	SI	REALIZAR REPORTE DE LAS ANOMALÍAS DE LA PRESTACION DEL SERVICIO	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA ULC Y ESPACIOS DE COMUNICACIÓN CON LIDER O
18. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.	SI	PRESENTACIÓN DE INFORMES PERIÓDICOS EN CADA REUNIÓN	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA ULC Y AUTOCONTROL SEMANAL
19. Participar en la Actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades cuando se requiera	SI	PARTICIPACION EN LA ACTUALIZACIÓN DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA
20. Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar relacionado con las actividades o proyectos que ejecute	SI	ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS REUNIONES Y PROCESOS DE FORTALECIMIENTO	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA
21. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	SI	SE GARANTIZÓ LA CUSTODIS DE LA INFORMACIÓN Y LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LOS SOPORTES QUE SE GENERAN EN LAS ACTIVIDADES	ENTREGA OPORTUNA DE HISTORIAS CLINICAS MANUALES Y CLAPS EN ARCHIVO
22. Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados	SI	REVISIÓN Y NOTIFICACIÓN OPORTUNA A LA LÍDER DE EL ESTADO DE LAS AGENDAS Y SERVICIOS PROGRAMADOS	AUTOCONTROL EN REVISION DE AGENDAS DIARIO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: 5,419,296 (CINCO MILLONES CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL DOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

supervisor:

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

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQ

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1140847388-	Mery Luz Martinez Geliz	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2020	2	2020	4114131

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Cl 7# 74-04	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ, D.C.	11	3006572380		Mery1001@gmail.com	8699	0	1	2020/03/06	574667729

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS010	800088702-2	271.000	0		0		0	271.000	0	0	0	271.000	0		0	0	271.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	346.900	0	0	0	0	0	0	346.900	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	52.900		0	0	52.900
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	52.900		0	529	52.900

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	346.900	346.900
SALUD	271.000	271.000
RIESGOS LABORALES	52.900	52.900
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	670.800	670.800

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1140847388	MARTINEZ GELIZ MERY LUZ	EPS010	230301																				2.167.719	2.167.719	0	2.167.719	0			346.900	0	0	271.000	0

Escaneado con CamScanner