| | | | |
|---|---|---|---|
| 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<br>Fecha de aprobación: 15/02/2018<br>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 7 de 7 | | | |
| NÚMERO DE CDP 1 | 1052 | FECHA | 22/07/2020 | NÚMERO DE CRP | 30293 | FECHA | 31/07/2020 | | | |
| 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 | 8 | 2020 | | 31 | 8 | 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: | $37.935.072 |
| VALOR EJECUTADO | $37.935.072 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5.419.296 |
| 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 $2,194,507, 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 | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 44566078 | $2.167.719,00 | $271.000 | $346.900 | 3 | $52.900 | **$670.800** |

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MERY LUZ MARTINEZ GELIZ
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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | 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 | 8 | 2.020 | | 31 | 8 | 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, guias 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 armonia 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, guias 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)**

Mery Luz Martinez G.

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.

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 | 1140847388 | Mery Luz Martinez Geliz | | Cll 7a# 74-04 | 3006572380 | Mery1001@gmail.com | |
| 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 | |
| 2020-07 | 2020-07 | I | 06/08/2020 | 44566078 | $670.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 271.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 271.000 | 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 | 346.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 346.900 | 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 | 52.900 | | | | 52.900 | 0 | 0 | 52.900 | | | 529 | 52.900 | 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 | 271.000 | 271.000 |
| Pensión | 1 | 346.900 | 346.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 52.900 | 52.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 670.800 | 670.800 |

PAGADA #5660

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MERY LUZ MARTINEZ GELIZ**

**C.C 1140847388 DE BARRANQUILLA- ATLANTICO**

La suma de cinco millones cuatrocientos diecinueve mil doscientos noventa y seis pesos $5.419.296, por concepto de: prestación de servicios como profesional en medicina general durante el periodo de 1 al 31 de Agosto de 2020 en unidad san Bernardino, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2229 de 2020.

Mery Luz Martinez G.

**MERY LUZ MARTINEZ GELIZ**

**CC 1140847388 DE BARRANQUILLA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 76923965714**

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | enero cuenta.pdf | enero cuenta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | febrero cuenta.pdf | febrero cuenta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | marzo cuenta.pdf | marzo cuenta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | abril cuenta.pdf | abril cuenta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | mayo cuenta.pdf | mayo cuenta.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO ....pdf | JUNIO ....pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CARTA PAGO JUNIO MERY M.docx | CARTA PAGO JUNIO MERY M.docx | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PAGO JULIO.pdf | PAGO JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >