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. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELA MILENA MARTIN RIOS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52842416							
CORREO ELECTRONICO:	ammartinr81@gmail.com				CELULAR:	3003426222							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UNIDAD TINTAL												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACION				SEDE: KE 11	KE11							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11A26	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0570473870013595								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6241-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2				
NÚMERO DE CDP	1597	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP	50606	FECHA	6/11/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA EN GENETICA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	12	2020		31	12	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.262.864										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$0								

OBSERVACIONES: 16 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$17.616.953
VALOR EJECUTADO	$3.472.876
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.262.864
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$14.144.077
PORCENTAJE DE EJECUCION	20%

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 $**2,194,508**, 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
47010850	$884.005	$110.501	$141.441	3	$21.534	**$273.476**

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

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGELA MILENA MARTIN RIOS
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 BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	HOSPITALIZACION - CONSULTA EXTERNA - PEDIATRIA			**Sede:** KE11						
No. DE CONTRATO:	6241-2020	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELA MILENA MARTIN RIOS			**C. C.**		52.842.416		**DE**	Bogotá DC	

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 Médico especialista en Genetica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1- Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	SI	Atención de pacientes programados en consulta externa de Genética, atendiendo a las necesidades del servicio.	Se realiza la debida atencion con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de consulta externa.
2. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SI	Se lleva registro de la atención de consulta externa mediante documento RIPS, indicando al acudiente del paciente firmar dicho documento como constancia de asistencia a la consulta.	Se entrega a enfermeria registro de la atención de consulta externa mediante documento RIPS.
3. 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	3) Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.	Durante la atencion a cada paciente se tiene actitud de servicio, como lo indica la misión, visión y valores de la institucion.
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 cadames.	SI	4) Ejecutar con plena autonomía técnica y cientifica el objeto relacionado de este contrato.	Se ejecuta con plena autonomía técnica y cientifica el objeto relacionado de este contrato.
5. Cumplir con las adherencias a las guías de manejo manuales instructivos, protocolos, procesos y proocedimientos 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.	Se realiza atencion a pacientes en el servicio de Consulta Externa Especializada respetando sus derechos y cumpliendo a cabalidad el código de ética médica.
6. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	SI	Se realiza asesoramiento genético en los casos necesarios, informando al cuidador del paciente su condición clínica y el comportamiento de su enfermedad de base, anotando en historia clínica cada una de las conductas a realizarse y la indicación de cada procedimiento.	Se anota en historia clínica los procedimientos a realizarse en el paciente y la indicación de los mismos.
7. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recurss del Sistema Integrado d Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestiónddocumental y archivo Sistema único de acreditación, Responsabilidad social , Seguridad de la Información y control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	Se realiza atencion ambulatoria en consulta externa en el Hospital Tintal	Planillas de asistencia y citacion a consulta externa
8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca	SI	Participación en el curso de inducción de Seguridad del Paciente, en las fechas establecidas por la institución	Se diligencia cuestionario pre test y post test, junto con los datos de asistencia al curso.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $ 1.262.864 (Un millón doscientos sesenta y dos mil ochocientos sesenta y cuatro pesos M/CTE)

ANGELA MILENA MARTIN RIOS CC 52842416	JEFE AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E)
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	52842416	ANGELA MILENA MARTIN RIOS	CL 52 SUR NO 82 B 25	4517968	Zanellachan@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	
2020-11	2020-11	I	01/12/2020	47010850	$965.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	366.300	0		0		0	0	0	0	366.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	468.800	0	0	0	0	0	0		468.800	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	71.400				71.400	0	0	71.400			714	71.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	58.600	0	0	58.600	1

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	366.300	366.300
Pensión	1	468.800	468.800
Riesgos Laborales	1	71.400	71.400
CCF	1	58.600	58.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	965.100	965.100

PAGADA 47010850

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	52842416	ANGELA MILENA MARTIN RIOS		CL 52 SUR NO 82 B 25	4517968	Zanellachan@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	01/12/2020	47010850	$965.100

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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
CC	52842416	MARTIN RIOS ANGELA MILENA	59	0			N							X										25-14	2.929.802	468.800	0	0	0	0	EPS008	2.929.802	366.300	14-11	2.929.802	3	71.400	CCF24	2.929.802	58.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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:

ANGELA MILENA MARTIN RIOS

C.C 52842416 de BOGOTÁ

La suma de $ 1.262.864 (Un millón doscientos sesenta y dos mil ochocientos sesenta y cuatro pesos MCTE), por concepto de: Prestación de servicios como médico especialista en genética, en la Unidad de Patio Bonito Tintal el periodo de 1 al 31 de diciembre 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6241-2020

ANGELA MILENA MARTIN RIOS

C.C 52842416 de BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO: DAVIVIENDA

NUMERO: 0570473870013595

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		
	NOTIFICACIÓN SUPERVISOR E INICIO DE CONTRATO 24 SEPTIEMBRE.pdf	NOTIFICACIÓN SUPERVISOR E INICIO DE CONTRATO 24 SEPTIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6241-11.pdf	6241-11.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo