

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06 / 2020

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

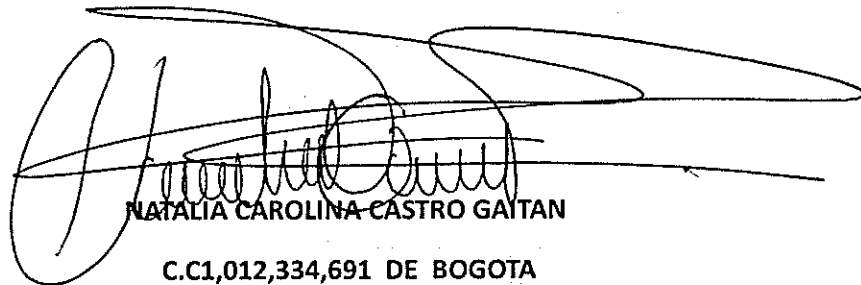
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NATALIA CAROLINA CASTRO GAITAN

C.C 1,012,334,691 DE BOGOTA

La suma de SEIS MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS (6,184,620) , por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO GENERAL DE URGENCIAS DE LA USS DE KENNEDY durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2634-2020



NATALIA CAROLINA CASTRO GAITAN

C.C.1,012,334,691 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 45-712174-36

37
Med

 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 TESORERÍA	Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. PALA Secretaría de Planeación y Gestión
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CASTRO GAITAN NATALIA CAROLINA											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				1.012.334.691				
CORREO ELECTRONICO:				naicastrog@hotmail.com				CELULAR:				3228523701			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KE10							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				Urgencias				SEDE:				Kennedy			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10B01	100													
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				45-712174-36				PENSIONADO				No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2634 de 2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				5 de 6							
NÚMERO DE CDP		574		FECHA		20/04/20		NÚMERO DE CRP		23462		FECHA		30/04/20					
OBJETO DEL CONTRATO:				PROFESIONAL EN MEDICINA															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		6		2020				30		6		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$6.184.620															
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%				\$0							

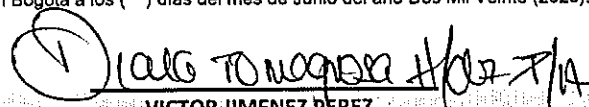
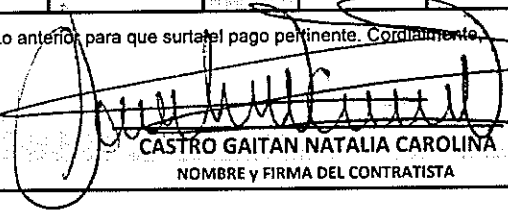
OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$38.344.086
VALOR EJECUTADO	\$30.923.100
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$6.184.620
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$7.420.986
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	81%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7754885806	\$2.473.848,00	\$309.231	\$395.816	3	\$60.263	\$765.310

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

 VICTOR JIMENEZ PEREZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	 CASTRO GAITAN NATALIA CAROLINA 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. BOGOTÁ, D.C. BOGOTÁ, D.C.
		Fecha de aprobación: 03/04/2017	
		Código: 04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	2634 de 2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2020		30	6	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CASTRO GAITAN NATALIA CAROLINA		C. C.	1.012.334.691			DE	Bogotá	

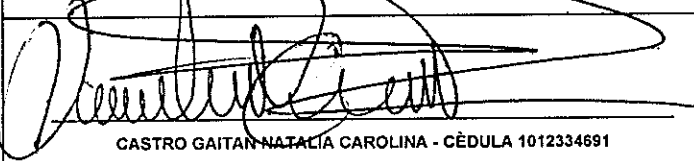
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PROFESIONAL EN MEDICINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.	100	Valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades.	Libro de recibo y entrega de turno.
Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.	100	Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.	Lista de programación de actividades.
Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.	100	Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.	Historia clínica manual.
Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.	100	Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria.	Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología.
Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.	100	Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.	Historia clínica manual.
Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.	100	Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato.	Sistema de PQRS
Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.	100	Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes.	Casos atendidos dentro del turno.
Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.	100	Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.	Listas de asistencia a reuniones del área.
Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área (monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.	100	Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio.	Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.
Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención médica.	100	Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares.	Historia clínica manual.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 6.184.620 Seis millones ciento ochenta y cuatro mil seiscientos veinte pesos m/cte

 CASTRO GAITAN NATALIA CAROLINA - CÉDULA 1012334691	 VICTOR JIMENEZ PEREZ
---	---

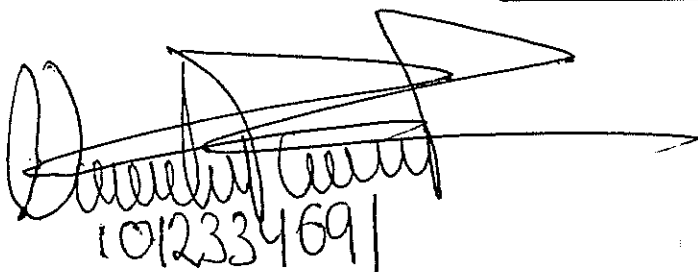
Nota: El Informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012334691
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NATALIA CAROLINA CASTRO GAITAN		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA79B #51-16 SUR APT0101	TELÉFONO:	6089978
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7754885806		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/06/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	648160911	

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES			
SUBTOTAL:				1	\$ 395.900
				1	\$ 395.900
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL			
SUBTOTAL:				1	\$ 309.300
				1	\$ 309.300
CAJA DE COMPENSACIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR			
SUBTOTAL:				1	\$ 49.500
				1	\$ 49.500
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA			
SUBTOTAL:				1	\$ 60.300
				1	\$ 60.300

TOTAL PAGADO:	\$ 815.000
----------------------	-------------------


1012334691

Comprobante

de pago en línea



SOI ACH

Pago realizado por: NATALIA CAROLINA CASTRO GAITAN

Nro. de recibo: 7754885806

Descripción del pago: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Identificación del contribuyente: 172.16.20.158

Concepto: CC

Razón Social: 1012334691

Fecha y hora de la transacción: Martes 9 de Junio de 2020 07:38:39 AM

Nro. de comprobante: 0000027025

Valor pagado: \$ 815,000.00

Cuenta: *****7436


Bancolombia S.A. 1012334691

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospeligroso@bancolombia.com