	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión	3	
			Fecha de aprobación	2/15/2018	
			Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		María Alejandra Muñoz Rubiano									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1,030,607,047				
CORREO ELECTRONICO:		aleja123092@gmail.com				CELULAR:		3124967002			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		MEDICINA INTERNA				SEDE:		Kennedy			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE10B04	20%	KE10I06	80%						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA						10852830943		PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1042-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		09 de 09					
NÚMERO DE CDP		1052		FECHA	7/22/2020	NÚMERO DE CRP	34541	FECHA	2020/08/30		
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO HOSPITALARIO I dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la Institucion									
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
				1	9	2020			30	9	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$7,440,000									
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%							

OBSERVACIONES : SE COBRAN 186 HORAS A VALOR DE \$ 40.000 HORA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$68,164,476
VALOR EJECUTADO	\$68,127,916
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$7,440,000
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$36,560
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100.00%

El intervisor 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
45218893	\$4,320,000.00	\$540,000	\$691,200	3	\$105,235	\$1,336,435

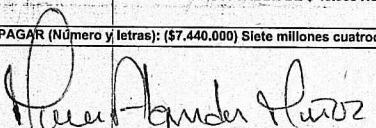
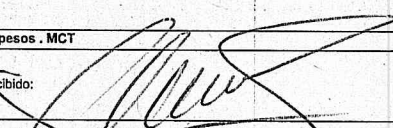
Dado en Bogotá a los () días del mes de septiembre del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

DR ANDRES ALMANZAR
referente técnico medicina interna

MARIA ALEJANDRA MUÑOZ RUBIANO CC 1030607047 BTA

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación	2/15/2018	
			Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		MEDICINA INTERNA		Sede: USS KENNEDY			
No. DE CONTRATO:	1042-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a
				1	9	2,020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	María Alejandra Muñoz Rubiano			C. C.	1,030,607,047 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 MEDICO HOSPITALARIO I de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente							
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____							
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS		
1. Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión		100%	1. Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..		Libro de entrega de turnos		
2. Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.		100%	2. Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred., durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..		Libro de entrega de turnos		
3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.		100%	3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..		Historias Clínicas de cada paciente		
4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.		100%	4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..		Historias Clínicas de cada paciente		
5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias		100%	5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..		Libro de entrega de turnos		
6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.		100%	6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..		Historias Clínicas de cada paciente		
7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.		100%	7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..		Historias Clínicas de cada paciente		
8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.		100%	8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..		Historias Clínicas de cada paciente		
9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.		100%	9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..		Libro de entrega de turnos		
10. Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio		100%	10. asistencia a actividades, reuniones		conocimiento y actualización		
11. Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes		100%	11. Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario del mes a certificar, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parámetros éticos y profesionales con los que he sido contratado		Copia de planilla pagada		
OBSERVACIONES : SE COBRAN 186 HORAS A VALOR DE \$ 40.000 HORA							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$7.440.000) Siete millones cuatrocientos cuarenta mil pesos . MCT							
				Fecha recibido: 			
CONTRATISTA : MARÍA ALEJANDRA MUÑOZ RUBIANO CC 1030607047				DR. ANDRÉS ALVARADO referente técnico medicina interna			
Nota: El Informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.							

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión.

[Quiero Probar](#)

Último ingreso exitoso: 2020-09-28 / 08:16:07 PM | Último ingreso fallido: 2020-09-28 / 08:15:46 PM

[Datos](#) | [Empleados](#) | [Planillas](#) | [Documentos](#) | [Reportes](#) | [Cesantías](#) | [Pensiones Voluntarias](#) | [Salir](#)

Periodo Pensión: Agosto 2020. Periodo Salud: Agosto 2020.

Septiembre 28 de 2020 / 8:16 PM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > [Resumen de pago](#)

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa: MARIA ALEJANDRA MUÑOZ RUBIANO

Tipo planilla: I

Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL

Número de radicación: 45218893

Fecha de vencimiento: 10/09/2020

Fecha de pago: 07/09/2020

Nit: 1030607047

Periodo liquidación Pensiones: Agosto 2020

Periodo liquidación Salud: Agosto 2020

Total a pagar: \$1,379,700

Total de empleados: 1

Número de administradoras: 3

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Banco: BANCOLOMBIA

Estado de la transacción: Transacción aprobada

Nit recaudo: 9998600669427

Medio de pago: Pago Electronico por PSE

Número de aprobación: 733601908

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0.00	\$105,300
231001	800227940	Colfondos	1		\$0.00	\$734,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0.00	\$540,000
						\$1,379,700

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[»Ver planillas pagadas](#)

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

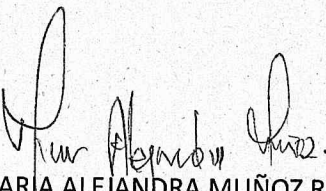
Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)[Imprimir transacción](#)

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
MARIA ALEJANDRA MUÑOZ RUBIANO
CC 1.030.607.047 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE \$ 7.440.000 (SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MONEDA
CORRIENTE) , POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MÉDICO HOSPITALARIO EN
EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA EN LA -UNIDAD DE KENNEDY, DURANTE EL
PERIODO DE 01 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°1042-2020



MARIA ALEJANDRA MUÑOZ RUBIANO
C.C 1.030.607.047 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 10852830943