

 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	 ALCALÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Código de Verificación E.S.E.
			Fecha de aprobación	15/02/2018	
			Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO									
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.			1049605499			
CORREO ELECTRONICO:			adrianapatriciabbb@gmail.com			CELULAR:			3115859135			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						CAPS 30 BOMBEROS						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			CONSULTA EXTERNA			SEDE:			Sur			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo		%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		SU44/A17	100%									
ENTIDAD FINANCIERA:			BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:			Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			88274140555						PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4136-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				2 DE 3	
NÚMERO DE CDP	29	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	16442	FECHA	14/02/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios COMO MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	3	2020		31	3	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$6.220.677							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%					

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

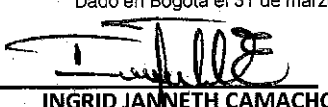
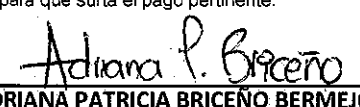
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$15.759.048
VALOR EJECUTADO	\$9.899.572
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$6.220.677
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$5.859.476
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	37,1%

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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4325208722	\$1.471.558,00	\$311.100	\$184.000	3	\$35.900	TOTAL \$ 455.400

Dado en Bogotá el 31 de marzo del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

 INGRID JANNETH CAMACHO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	 ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
--	---

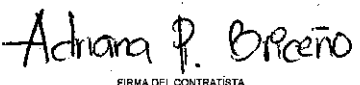
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FQ-0002	

Unidad de Servicios de Salud:	CAPS 30 BOMBEROS	Ubicación del Servicio:	CONSULTA EXTERNA – SALUD MENTAL	Sede:	CAPS30 BOMBEROS												
No. De Contrato:	4136-2020	Periodo certificado desde el	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> <td>20</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	3	20	a	<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>3</td> <td>20</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	31	3	20
Día	Mes	Año															
1	3	20															
Día	Mes	Año															
31	3	20															
Nombre del Contratista:	ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO	C. C.	1.049.605.499	De	TUNJA												

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1, Brindar servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento a pacientes de consulta externa que presenten alteración del estado mental	100%	Atencion y valoracion primera vez por psiquiatria en consulta externa Respuesta de interconsulta	Registro de historia Clínica
2, Realizar anamnesis con familiares de pacientes atendidos en el servicio	100%	Registro de Historia clínica y atención a familiares, diligenciamiento de documentación de historia clínica	Registro de historia Clínica
3, Participar en programas educativos y asistenciales en los que interviene el servicio	100%	Capacitación del personal del Hospital Psicoeducación a familiares y pacientes	Registro de historia Clínica
4, Elaborar registros clínicos y estadísticos	100%	Inducción general y puesto de trabajo	Registro de historia Clínica y estadística
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	100%	Dentro de todos los servicios de la institución. Se cumple ley 23 del 1981	Registro de historia Clínica

OBSERVACIONES: SEIS MILLONES, DOCIENTOS VEINTE MIL, SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE

 FIRMA DEL CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA: ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO CEDULA DEL CONTRATISTA: 1049605499 ACTIVIDAD DEL CONTRATISTA: Médico Psiquiatra	 FIRMA DEL SUPERVISOR NOMBRE DEL SUPERVISOR: Ingrid Janneth Camacho CARGO DEL SUPERVISOR
--	---

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

501

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE TÍTULO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: TUNJA DEPARTAMENTO: CENTRO TELEFONO: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: SERVIDOR PUBLICO DIRECCIÓN: TUNJA DEPARTAMENTO: CENTRO TELEFONO: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: SERVIDOR PUBLICO TIPO APORTANTE: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 4326208722 TIPO DE PLANILLA: 2020 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2020 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2020 DÍAS DE MORA: 0 MORA: 0 FECHA PAGO (asistencia): 20200604 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9999106894	
---	--	---	--

TOTAL APORTES A PENSIÓN									
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN
271061	271061 COLFONDOS	1	\$ 225.500	\$ 225.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:									

TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INDICACIÓN POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN
271061	271061 COLFONDOS	1	\$ 184.000	\$ 184.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:									

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INDICACIÓN POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN
271061	271061 COLFONDOS	1	\$ 35.900	\$ 35.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:									

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INDICACIÓN POR ENFERMEDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN
271061	271061 COLFONDOS	1	\$ 184.000	\$ 184.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:									

TOTAL \$ 455.400