

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión: 3 Fecha de Aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002
---	--	--

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				DIANA MARCELÁ RAMÍREZ CASTAÑO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	x	C.E.	NO.		1.032.412.492				
CORREO ELECTRONICO:				dramirezma@telecable.com				CELULAR:		3134956923			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KENNEDY-KE10					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD ORAL-MAXILO				SEDE:		Kennedy			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE10E07	20%	KE10B04	20%	KE1E05	30	KE10I07	1	KE10C02	29		
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA				24082637518				PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				1498-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				9 DE 9							
NÚMERO DE CDP		1380		FECHA		25/09/2020		NÚMERO DE CRP		4075		FECHA		30/09/2020					
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA															
PERÍODO CERTIFICADO:				DESDE		DÍA		MES		AÑO		HASTA		DÍA		MES		AÑO	
						1		10		2020				31		10		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.314.892															
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.)

CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		\$29.834.028
VALOR EJECUTADO		\$29.834.028
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$3.314.892
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 \$2,194,508 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9411253186	\$1.325.956	\$165.745	\$212.153	3	\$32.300	\$410.197

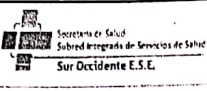
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de OCTUBRE del año Dos Mil Viente(2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



LUCIA MEDINA SUÁREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:



DIANA MARCELA RAMÍREZ CASTAÑO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 1 Fecha de actualización: 01/12/2018 Código: 13-02-FO-0003	
Ubicación del Servicio:		SALUD ORAL Y MAXILOFACIAL		KENNEDY	
No. DE CONTRATO: 1490/2020		Periodo certificado desde el		Día: 1 Mes: 10 Año: 2.020	Día: 31 Mes: 10 Año: 2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA MARCELA RAMÍREZ CASTAÑO		C. C. 1.032.412.492		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 MAXILO 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. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.		SI	• Realizar Atención de Pacientes por Urgencias prioritarias de Maxilofacial		ESTADISTICA
2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato al año habilita lugar.		SI	• Realizar Cirugía Ambulatoria Programada Bajo Anestesia Local		RIPS
3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional.		SI	• Realizar Cirugía Maxilofacial prioritaria Bajo Anestesia General		REGISTRO DE ACTIVIDADES SALAS DE CIRUGIA
4. Pagar sus aportes al sistema 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.		SI	• Realizar Turnos en Trauma Maxilofacial		TURNOS ASISTENCIALES DISPONIBILIDAD EN TRAUMA
5. Cumplir con la adherencia a los guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales		SI	• Realizar Atención de Pacientes por Urgencias de Maxilofacial		ESTADISTICAS
6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno acorde al desarrollo de las actividades asignadas		SI	• Realizar Manejo Intrahospitalarias y evolución de pacientes del Hospital		REVISTA Y JUNTAS DE TRAUMA
7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes del sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información.		SI	• Realizar Actividades Académicas con residentes de Cirugía Oral y Maxilofacial los días Jueves		LIBRO DE JUNTAS Y REVISTAS ACADEMICAS
8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema único de acreditación: gestión del riesgo, humanización de la atención, transformación natural, gestión clínica excelente y segura, gestión de la tecnología, atención centrada en el usuario y responsabilidad social acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.					
9. Cumplir con las políticas generales, acuerdos institucionales, protocolos éticos, planes, programas, procesos y responsabilidades asignadas.					
10. Ejecutar las acciones preventivas y/o preventivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directivos internos.					
11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridos por las entidades públicas o privadas dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confiabilidad de los mismos.					
12. Analizar y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales programados por el contratista y por las entidades autorizadas por éste con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.					
13. Realizar todas aquellas actividades necesarias involucrando al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.					
14. El contratista se compromete a salvaguardar la imagen institucional, cualquier objeción o pronunciamiento alguno que hiciera con el conocimiento y consentimiento de la E.S.E. que comprometa al buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de servicios de salud será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso.					
15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico emitiendo respondiendo fiscal, disciplinada y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que los conlleva.					
16. El contratista cuando existe una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.					
17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.					
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3.314.892.00-TRES MILLONES TRECIENTOS CATORCE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS					
CONTRATISTA: DIANA MARCELA RAMÍREZ CASTAÑO C.C. 1.032.412.492			LUCIA MEDINA SUAREZ		

Nota: El informe será aprobado por el comité de la modificación de cumplimiento del contrato por escrito al momento de la modificación.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Cludad-Departamento	Teléfono	Exonerado 3ENA e ICBF	
CC 1032412492		RAMIREZ CASTAÑO QUANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 94 # 72a-32 casa 73	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7993184	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Valor		
Pension	Salud								
2020-09	759997237		9411235186	2020/10/22	2020/10/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$410,400	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$212,200	\$0	\$0	\$212,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SUPA	14-11	890,903,790	5	1	\$32,400	\$0	\$0	\$32,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$165,800	\$0	\$0	\$165,800
TOTAL				1	\$410,400	\$0	\$0	\$410,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																						
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado a SENAE e ICBF														
CC 1032412492		RAMIREZ CASTAÑO DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 94 # 72a-52 casa 73	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7593184	No														
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																						
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor														
2020-09	759997237	9411253186	1		2020/10/22	2020/10/02		0	\$410,400													
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	Aporte	IBC	Código	Días	Aporte	IBC	Código	Días	Aporte	IBC	Código	Días	Aporte	IBC	Código	Días	Aporte	IBC
1	CC 1032412492	RAMIREZ DIANA	210201	30	\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027
Total Afiliados(1)					\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027			\$12,200	\$1,326,027

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No. 10/2020
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA MARCELA RAMÍREZ CASTAÑO
C.C 1.032.412.492 DE BOGOTÁ

La suma de **\$ 3.314.892.00** m/cte (tres millones trescientos catorce mil ochocientos noventa y dos pesos), por concepto de: Prestación de servicios profesionales y de atención ambulatoria y hospitalaria, durante el período de 01 de octubre al 31 de octubre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1498-2020.



DIANA MARCELA RAMÍREZ CASTAÑO
C.C 1.032.412.492 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS DEL BANCO CAJA SOCIAL
NÚMERO 24082637518