Cambiar los Terceros en contabilidad de 96696 AFC. y Dafuturo.

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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	17956572							
CORREO ELECTRONICO:	jompeza@yahoo.es				CELULAR:	3134198045							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Fontibon								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Medicina Interna				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	F003B04	30	F003I06	30	F003J05	40							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	17956572								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1472-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3	
NÚMERO DE CDP	29	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP	13693	FECHA	31/01/2020
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÒN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.**						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	4	2020		30	4	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$78.929							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%						

OBSERVACIONES:autorizo a la subred integrada de servicios de salud suroccidente ESE a girar la suma de $500.000 para mi cuenta dafuturo No. 0600457200080915, al igual que la suma de $ 2.000.000 a la cuenta AFC No. 457200108399 del banco davivienda con cada pago, solicito la aplicacion de beneficio de dependiente segun el articulo 2 decreto 099/13 por mi hijo Miguel Angel Peralta Mancilla - MARZO 234 HORAS abril 276 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$57.302.454
VALOR EJECUTADO	$57.302.454
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$21.784.404
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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
590707311	$7.387.754	$923.469	$1.182.041	3	$179.966	**$2.285.476**

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

JACQUELINE SANDOVAL ESTUPINAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Andres

José M. Peralta

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Andres

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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**CAMI II**		**Sede: FONTIBON**								
No. DE CONTRATO:	**1472-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.020		30	4	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA**		**C. C.**		17.956.572	**DE**	FONSECA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de los servicios como especialista en Medicina Interna realizando los turnos hospitalarios, la consulta e interconsulta que se requiera por los diferentes servicios y/o según programación de las agendas y turnos.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender el servicio de medicina interna en la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon y/o unidad de cuidados intermedios en las instalaciones de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	SI	Realizo la Atencion el servicio de medicina interna en la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon y/o unidad de cuidados intermedios en las instalaciones de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	PROGRAMACION DE TURNOS
Responder las interconsultas de Medicina Interna del servicio de urgencias cuando el paciente ha sido valorado previamente por el médico de urgencias, de acuerdo a los tiempos estipulados por las institución.	SI	Respondo las interconsultas de Medicina Interna del servicio de urgencias cuando el paciente ha sido valorado previamente por el médico de urgencias, de acuerdo a los tiempos estipulados por las institución.	HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA DINAMICA GENERENCIAL
Registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	SI	Registro la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA DINAMICA GENERENCIAL
Diligenciar completamente los diferentes formularios y registros estadísticos de acuerdo a lo establecido en la Institución y la normatividad vigente,	SI	Diligencio completamente los diferentes formularios y registros estadísticos de acuerdo a lo establecido en la Institución y la normatividad vigente.	HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA DINAMICA GENERENCIAL
Recibir las referencias de pacientes e informar causales de rechazo de pacientes remitidos a la Institución, utilizando el formato definido por radio.	SI	Recibo las referencias de pacientes e informo causales de rechazo de pacientes remitidos a la Institución, utilizando el formato definido por radio.	BITACORA ACEPTACION DE REFERENCIAS
Realizar entrega y/o recibo de turno del servicio en donde ejecuta las actividades con su par.	SI	Realizo entrega y/o recibo de turno del servicio en donde ejecuta las actividades con su par.	FORMATO RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
Gestionar el giro cama del servicio de Medicina Interna en el piso y en la Unidad de Cuidados Intermedios, de acuerdo a lo establecido por la Institución.	SI	Gestiono el giro cama del servicio de Medicina Interna en el piso y en la Unidad de Cuidados Intermedios, de acuerdo a lo establecido por la Institución.	COMUNICACIÓN DIRECTA O TELEFONICA EN EL TURNO
Apoyar las actividades de Coordinación Técnica del servicio de Medicina Interna en lo relacionado a la participación en análisis de eventos adversos, infecciones y auditorias.	SI	Apoyo las actividades de Coordinación Técnica del servicio de Medicina Interna en lo relacionado a la participación en análisis de eventos adversos, infecciones y auditorias.	ASISTO CUANDO ES REQUERIDO POR LA COORDINACION
Digitar los Registros Individuales de Servicios- RIPS y demás formatos del Hospital que le sean indicados por el Supervisor del Contrato.	SI	Digito los Registros Individuales de Servicios- RIPS y demás formatos del Hospital que le sean indicados por el Supervisor del Contrato.	DINAMICA GERENCIAL
Deberá estar afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente contrato.	SI	Estoy afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente	PLANILLA MENSUAL ANEXA A CUENTA DE COBRO
Observar las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon por las autoridades respectivas.	SI	Observo las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon por las autoridades respectivas.	ADHERENCIA MANUAL DE BIOSEGURIDAD
Responder a las interconsultas solicitadas por los demás servicios cuando el paciente requiera la atención clínica en los tiempos establecidos por la institución.	SI	Respondo a las interconsultas solicitadas por los demás servicios cuando el paciente requiera la atención clínica en los tiempos	DINAMICA GERENCIAL
Controlar los pacientes bajo su cuidado y pasar revista a los pacientes complicados que se encuentren bajo su cuidado.	SI	realizo control los pacientes bajo su cuidado y pasar revista a los pacientes complicados que se encuentren bajo su cuidado.	DINAMICA GERENCIAL
Presentación de cuenta de cobro, acompañada del pago de seguridad social correspondiente al mes del servicio cobrado.	SI	Presento de cuenta de cobro, acompañada del pago de seguridad social correspondiente al mes del servicio cobrado.	CUENTA DE COBRO MENSUAL
Asistencia obligatoria a reuniones de seguimiento del contrato y presentación de plan de mejoramiento en caso de ser requeridos.	SI	Asisto a reuniones de seguimiento del contrato y presentación de plan de mejoramiento en caso de ser requeridos.	ACTAS DE ASISTENCIA
Ejecutar la labor contratada con responsabilidad y ética profesional.	SI	Realizo la labor contratada con responsabilidad y ética profesional.	SE EVIDENCIA EN LA ATENCION EN SALUD
Colaborar con la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon. En el desarrollo de los Convenios Docencia - Servicio, que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de la especialidad.	SI	Colaboro con la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon. En el desarrollo de los Convenios Docencia - Servicio, que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de la especialidad.	EVALUACION A ESTUDIANTES
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	SI	Alimento permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	DIANMICA GENRENCIAL, RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
presentar las evaluaciones trimestrales programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	SI	N/A	NO SE ESTAN REALIZANDO EVALUACIONES TRIMESTRALES
Se debe anexar mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: Interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones-notas, según el área donde presten el servicio.	SI	Anexo mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: Interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones-notas, según el área	CUENTA DE COBRO MENSUAL

OBSERVACIONES: ENERO 230 HORAS FEBRERO 216 HORAS MARZO 234 HORAS abril 276 horas

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **$21784404 veintiun millones setescientos ochenta y cuatro mil cuatrocientos cuatro pesos m/cte**

José M. Peralta

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA
C.C. 17 956 572 FONSECA - LA GUAJIRA

Fecha

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

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	17956572-	Jose Miguel Peralta Zabaleta	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐			2020	3	2020	4171521		PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
cra 8 # 45 - 20	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	2853850		jompeza@yahoo.es	7490	0	1	2020/04/02	590707311

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	1.040.800	0		0		0	1.040.800	0	0	0	1.040.800	0		0	0	1.040.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	1.332.200	0	0	83.400	0	0	0	1.415.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	899999790-5	202.900		0	0	202.900
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	202.900		0	2.029	202.900

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP,Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	1.415.600	1.415.600
SALUD	1.040.800	1.040.800
RIESGOS LABORALES	202.900	202.900
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	2.659.300	2.659.300

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	17956572	PERALTA ZABALETA JOSE MIGUEL	EPS005	230201																				8.325.888	8.325.888	0	8.325.888	0			1.332.200	83.400	0	1.040.800	0

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