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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA PAOLA FORERO PERDOMO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.713.490						
CORREO ELECTRONICO:	diana810610@hotmail.com				CELULAR:	3142032199						
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	%	Centro de costo	%
	KE10B04	50	KE10I06	50								
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455070024944								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5967-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3				
NUMERO DE CDP	1597	FECHA	31/10/2020	NUMERO DE CRP	50379	FECHA	6/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO ESPECIALISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	11	2020		30	11	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$12.825.900									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: Se cobra 150 horas a razon de $85,506 hora

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$44.747.800
VALOR EJECUTADO	$40.831.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$12.825.900
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.916.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	91%

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
9412480807	$5.130.360,00	$641.295	$820.858	3	$124.976	**$1.587.128**

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

ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR
REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA

DIANA PAOLA FORERO PERDOMO

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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA					**Sede: USS KENNEDY**			
No. DE CONTRATO:	5967-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2.020		30	11	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA PAOLA FORERO PERDOMO		**C. C.**		52.713.490		**DE**		

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 ESPECIALISTA 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 de entrega de turno, el libro de entrega de turno.	100%	1. Recibí y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos 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 acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos 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 acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas 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 acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas 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 acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Lobro 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 acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas 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 acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas 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 acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas 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 acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos 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 %	Participé en reuniones de actualización programadas en el servicio con el fin de afianzar nuevos conocimientos sobre temas de interés	Lista de asistencia
11, Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias 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 dias calendario del mes a certificr, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parametros eticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($12,825,900) DOCE MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE

Diana Paola Forero P.

CONTRATISTA : DIANA PAOLA FORERO PERDOMO C.C. No.52713490

Fecha recibido:

Firma recibido supervisor: ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR - REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA

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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52713490		FORERO PERDOMO DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 15 a no 55 - 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7617209	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	789433858	9412480807	I	2020/11/24	2020/11/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,638,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$872,300	$0	$0	$872,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$872,300	$0	$0	$872,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$125,000	$0	$0	$125,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$641,300	$0	$0	$641,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$641,300	$0	$0	$641,300
TOTAL				1	$1,638,600	$0	$0	$1,638,600

DIANA PAOLA FORERO PERDOMO

Factura Electrónica de Venta E - 1

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764005484756 de 09/10/2020 - 09/04/2021 autoriza E-1 a E-100

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	06/11/2020 08:25
Fecha de Vencimiento	06/11/2020 08:25
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Transferencia Débito Bancaria

DIANA PAOLA FORERO PERDOMO NIT 52713490
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

DATOS DEL EMISOR

Nombre	DIANA PAOLA FORERO PERDOMO
NIT/Cédula	52713490
Obligación	RESPONSABLE DE IVA
Email	diana810610@hotmail.com
Teléfono	3142032199
Dirección	CR 15 A 55 17 19 (!) CHAPINERO OCCIDENTAL
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Nombre	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT/Cédula	900959048
Obligación	RESPONSABLE DE IVA
Email	gerencia@subredsuroccidente.gov.co
Teléfono	4546800
Dirección	Cl. 9 No. 39-46
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

	REF	DESCRIPCIÓN	CANT. (EA)	PRECIO	IMP.	SUBTOTAL	TOTAL
1	001	SERVICIOS PROFECIONALES DEL MES	1.00	$12,825,900.00		$12,825,900.00	$12,825,900.00

1

Subtotal	$12,825,900.00
Total	$12,825,900.00

MES DE OCTUBRE

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 8e35c220eef12e2ab3ab80a80a2327d7dc93249393deb42f0c7ef27a11825fb221e40a3bc519aeec73270e9c208ddde6
Software propio DATAICO fabricado por DATAICO SAS 901223648