| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | HOJA TESTIGO DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL | CO-OPS-FT-26 V1 |

ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No CONTRATO 1204 de 2020

| | ITEM | DESCRIPCIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ETAPA PRECONTRACTUAL | 1 | FORMATO INDIVIDUAL DE NECESIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | ✓ | | | |
| | 2 | ENCUESTA GENERAL | ✓ | | | |
| | 3 | VERIFICACIÓN DE HOJA DE VIDA (LISTA DE CHEQUEO) | ✓ | | | |
| | 4 | PROPUESTA PARA LA PRESENTACIÓN DEL SERVICIO | ✓ | | | |
| | 5 | CD ADJUNTO (DOCUMENTOS ) | ✓ | | | |
| | 6 | PRUEBAS PSICOTÉCNICAS | ✓ | | | |
| | 7 | VERIFICACIÓN DE PRUEBAS Y ENTEVISTA | ✓ | | | |
| | 8 | CASOS POR COMPETENCIA (cuando aplique) | ✓ | | | |
| | 9 | AUTORIZACIÓN DE VERIFICACION DE TITULOS | ✓ | | | |
| | 10 | CORREO SE SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS | ✓ | | | |
| | 11 | VERIFICACIÓN DE TÍTULOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES | ✓ | | | |
| ETAPA CONTRACTUAL | 12 | CONTRATO FÍSICO (cuando aplique) | | ✓ | | |
| | 13 | POLIZAS APROBADAS | | ✓ | | |
| | 14 | ACTA DE INICIO FÍSICO (cuando aplique) | | ✓ | | |
| | 15 | MINUTA MODIFICATORIA (ADICIONES, PRORROGAS, OTROSI MODIFICATORIOS, ETC..) FISICA (cuando aplique) | | ✓ | | |
| | 16 | REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICIÓN (cuando aplique) | | ✓ | | |
| | 17 | PAGOS ( CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, INFORME DE ACTIVIDADES, PAGO DE SEGUGURIDAD SOCIAL) | ✓ | | | |
| ETAPA POST CONTRACTUAL | 18 | SOLICITUD DE TERMINACIÓN DE CONTRATO ANTICIPADA (cuando aplique) | | | | |
| | 19 | PAZ Y SALVO | | | | |
| | 20 | ENCUESTA DE TERMINACIÓN DE RELACIÓN CONTRACTUAL CON LA SUBREDSUR | | | | |
| | 21 | ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO | | | | |
| | 22 | TOTAL DE FOLIOS EL EXPEDIENTE | 1 | 1 | | |

REVISADO Y APROBADO POR: NOMBRE: Leidy Lunc -

| NOTA | |
|---|---|
| | LOS CONTRATOS SUSCRITOS MEDIANTE LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II (COLOMBIA COMPRA EFICIENTE) SE DEBE CONSULTAR EN LA MISMA.<br><br>LOS CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL REPOSA EN CUSTODIA DEL LIDER DE OPS |

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

HOJA TESTIGO DEL EXPEDIENTE CONTRACTUAL

ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS

No CONTRATO de 20

| | ITEM | DESCRIPCION | CUMPLE | NO CUMPLE | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ETAPA PRECONTRACTUAL | 1 | FORMATO INDIVIDUAL DE NECESIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | | | | |
| | 2 | ENCUESTA GENERAL | | | | |
| | 3 | VERIFICACION DE HOJA DE VIDA (LISTA DE CHEQUEO) | | | | |
| | 4 | PROPUESTA PARA LA PRESENTACION DEL SERVICIO | | | | |
| | 5 | CD ADJUNTO (DOCUMENTOS ) | | | | |
| | 6 | PRUEBAS PSICOTECNICAS | | | | |
| | 7 | VERIFICACION DE PRUEBAS Y ENTEVISTA | | | | |
| | 8 | CASOS POR COMPETENCIA (cuando aplique) | | | | |
| | 9 | AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS | | | | |
| | 10 | CORREO SE SOLICITUD DE VERIFICACION DE TITULOS | | | | |
| | 11 | CONSTANCIA DE IDONEIDAD PRESTACION DE SERVICIOS | | | | |
| | 12 | VERIFICACION DE TITULOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES | | | | |
| ETAPA CONTRACTUAL | 13 | CONTRATO FISICO (cuando aplique) | | | | |
| | 14 | POLIZAS APROBADAS | | | | |
| | 15 | ACTA DE INICIO FISICO (cuando aplique) | | | | |
| | 16 | MINUTA MODIFICATORIA (ADICIONES, PRORROGAS, OTROSI MODIFICATORIOS, ETC..) FISICA (cuando aplique) | | | | |
| | 17 | REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION (cuando aplique) | | | | |
| | 17 | PAGOS ( CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, INFORME DE ACTIVIDADES, PAGO DE SEGUCURIDAD SOCIAL) | | | | |
| ETAPA POST CONTRACTUAL | 18 | SOLICITUD DE TERMINACION DE CONTRATO ANTICIPADA (cuando aplique) | | | | |
| | 19 | PAZ Y SALVO | | | | |
| | 20 | ENCUESTA DE TERMINACION DE RELACION CONTRACTUAL CON LA SUBREDSUR | | | | |
| | 21 | ACTA DE LIQUIDACION DEL CONTRATO | | | | |
| | 22 | TOTAL DE FOLIOS EL EXPEDIENTE | | | | |

REVISADO Y APROBAFO POR: NOMBRE: _____ _____

| | |
|---|---|
| NOTA | LOS CONTRATOS SUSCRITOS MEDIANTE LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II ( COLOMBIA COMPRA EFICIENTE ) SE DEBE CONSULTAR EN LA MISMA<br>LOS CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL REPOSA EN CUSTODIA DEL LIDER DE OPS |

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

## FORMATO INDIVIDUAL NECESIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CO-BIS-FT-03 V2

| FECHA DE SOLICITUD | DD | | | MM | AAAA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2020 |

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

| | |
|---|---|
| DIRECCIÓN U OFICINA SOLICITANTE | DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |
| AREA ESPECIFICA DE SERVICIO | HOSPITALIZACION MEISSEN |

| INFORMACIÓN CANDIDATO SOLICITADO (Especificar de acuerdo al requerimiento el nivel de estudio correspondiente) | | | BACHILLER TECNICO LABORAL | | TÉCNICO O TECNÓLOGO | | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | | PROFESIONAL UNIVERSITARIO MÉDICO | | PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON POSTGRADO | | MEDICO CON UNA ESPECIALIZACION MEDICO QUIRURGICA | | MEDICO CON DOS O MAS ESPECIALIZACIONES MEDICO QUIRURGICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | X | | | | | | |

**2. DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO**

| PERFIL: REQUISITOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA | Nº PERSONAS |
|---|---|
| MEDICO GENERAL | 1 |

| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL |
|---|---|

**3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL SERVICIO (ACTIVIDADES DEL PROCESO)**

| | ACTIVIDADES ESPECIFICAS A REALIZAR |
|---|---|
| 1 | 1. Prestar servicios profesionales como médico en las areas Asistenciales a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficiente y humanizados, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta. y dentro de los servicios quirurgicos, hospitalarios, de urgencias, observacion, interconsultas y/o ambulatorios segun requerimiento y programacion del servicio. |
| 2 | 2. Garantizar la continuidad de la atención médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egreso. |
| 3 | 3. Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad. |
| 4 | 4. Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el deveni de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante. |
| 5 | 5. Diligenciar clara, oportuna y correctamente los certificados y demás documentación que deba entregarse a los pacientes y la Institución, con ocasión de la ejecución de lo pactado en el presente contrato. |
| 6 | 6. Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente. |
| 7 | 7. Diligenciar correcta y oportunamente la información que exija el sistema de información de la Subred y demás documentos requeridos en el servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente, a fin de que los servicios prestados por el contratista, puedan ser incluidos en el cobro de ésta al respectivo asegurador. |

**4. JUSTIFICACIÓN**

PARA CUBRIMIENTO DEL SERVICIO

| I | | | APROBACIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CARGO- DIRECTOR O JEFE DE OFICINA | FIRMA | NOMBRE | SUBGERENCIA U OFICINA ASESORA | FIRMA |
| RICARDO MARTINEZ GALVIS | PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN | | MARTIN GUILLERMO JAIMES MADARIAGA | SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD ( C) | |

**5. ESPACIO EXCLUSIVO PARA TALENTO HUMANO**

| | | |
|---|---|---|
| El suscrito Director Operativo del Área de Talento Humano certifica que revisada la planta de personal y el Manual de funciones y competencias laborales vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur no cuenta con el personal de planta suficiente provisto, para el desarrollo de las actividades señaladas en el requerimiento, de acuerdo con el perfill solicitado. | FIRMA Y NOMBRE DIRECTOR TALENTO HUMANO | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS | CO-OPS-FT-28 V1 |

**NÚMERO DE CÉDULA** 1018489402 **FECHA DE NACIMIENTO** 10-Septiembre-1996

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS** María Salomé González Castaño

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA** Av cra 20 # 81-38 Apto 201

**LOCALIDAD** Chapinero

**TELÉFONO FIJO** 4625725 **N° CELULAR** 3138601524

**CORREO ELECTRÓNICO** u0401635@onimilitar.edu.co

**EPS** Médimas Asociados **FONDO DE PENSIONES** _____ **ARL** _____

**ESTACO CIVIL:** CASADO ____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO ____

**MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA** SI ____ NO X

**TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS** SI ____ NO X ¿CUÁNTOS? ____ ¿DE QUE EDAD(ES)? ____

**TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD** SI ____ NO X ¿CUÁNTOS? ____

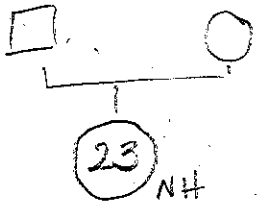
**USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD** SI ____ NO X ¿CUÁL? ____

**PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA** INDÍGENA ____ AFRODESCENDIENTE ____

OTRO ¿CUÁL? ____

**USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD** SI ____ No X

¿CUÁL? ____



(23) NH

Btb

Ant. Canut

U. Militar 2019

Disponibilidad: Toda

* Tunal
  Meissen
  Kennedy
  -Zipaquira
* H. Militar

Cx Pediátrica ✓
Domiciliaria
Rehabilitación

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS | CO-OPS-FT-07 V5 |

**DEBE:**
**ENTREGAR COPIA EN FÍSICO DE TODA LA DOCUMENTACIÓN Y PRESENTARLA EN CARPETA TAMAÑO OFICIO DE CARTÓN CON GANCHO LEGAJADOR PLÁSTICO.**
**ENTREGAR EN CD CON TODA LA INFORMACIÓN SEGÚN LISTA DE CHEQUEO EN ARCHIVO PDF**

| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | | | No DE CÉDULA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | DOCUMENTO | ESPECIFICACIÓN | | | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
| 1 | CARTA PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS | POR PARTE DEL CONTRATISTA | | | | | |
| 2 | FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CÉDULA DE CIUDADANÍA ampliada 150 | | | | | |
| | | CÉDULA DE EXTRANJERÍA | | | | | |
| 3 | FORMATO DE HOJA DE VIDA SIDEAP | COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO (SIN TACHONES NI ENMENDADURAS) | | | | | |
| 4 | FORMATO DE DECLARACIÓN BIENES Y RENTAS SIDEAP | COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO (SIN TACHONES NI ENMENDADURAS) | | | | | |
| 5 | CERTIFICACION BANCARIA | CERTIFICADO EMITIDO POR LA ENTIDAD BANCARIA DONDE SE EVIDENCIE EL NÚMERO DE LA CUENTA BANCARIA (ACTIVA) | | | | | |
| 6 | DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO | DIPLOMA Y ACTA DE BACHILLER PARA AUXILIARES | | | | | |
| | | DIPLOMA Y ACTA DE BACHILLER PARA TÉCNICOS | | | | | |
| | | DIPLOMA Y ACTA DE BACHILLER TECNÓLOGOS | | | | | |
| | | DIPLOMA Y ACTA DE GRADO DE PREGRADO DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD | | | | | |
| | | DIPLOMA Y ACTA DE GRADO DE POSTGRADO DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD | | | | | |
| 7 | CERTIFICADO DE ESTUDIOS ADICIONALES | CURSOS, SEMINARIOS, DIPLOMADOS, ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS, ETC. | | | | | |
| 8 | CERTIFICADO DE EXPERIENCIA LABORAL | LOS CERTIFICADOS ANEXOS DEBEN SER LOS MENCIONADOS EN LA HOJA DE VIDA SIDEAP | | | | | |
| 9 | FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL SDS O COLEGIADOS SEGUN SU PROFESIÓN PARA PERSONAL ASISTENCIAL ANEC (REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE ENFERMERÍA) COPNIA (INGENIEROS- TECNÓLOGOS AMBIENTALES) | TARJETA PROFESIONAL Y RESOLUCIÓN (ANTES DEL 2012) Y RETHUS CONFORME A LA LEY 1164 Y LA RESOLUCIÓN 3030 DE 2014.<br>REGISTRO DE INSCRIPCIÓN DONDE SE REALIZO EL RURAL Y TARJETA DE COLEGIATURAS | | | | | |
| 10 | LIBRETA MILITAR | HOMBRES HASTA 50 AÑOS<br>Jóvenes · Plazo de 18 meses para traer la libreta, una vez inicie contrato | | | | | |
| 11 | FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT | COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO (SIN TACHONES NI ENMENDADURAS) | | | | | |
| 12 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS, FISCALES Y JUDICIALES | PERSONERÍA ☐ | | CONTRALORIA ☐ | | | |
| | | PROCURADURÍA ☐ | | POLICÍA ☐ | | | |
| 13 | ANTECEDENTES PROFESIONALES EN LOS CASOS QUE APLIQUE | ABOGADOS (CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA)<br>PROFESIONALES EN INGENIERÍA O AFINES (COPNIA) | | | | | |
| 14 | RUT (ACTUALMENTE DONDE RESIDE) | ACTUALIZADO CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA RELACIONADA CON EL OBJETO CONTRACTUAL (ACTUALIZADO APARTIR DEL 2013) | | | | | |
| 15 | RIT | ACTUALIZADO CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y RELACIONADO CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE COINCIDA CON EL RUT | | | | | |
| 16 | EXÁMENES | PARA TODO EL PERSONAL | GENERAL SALUD OCUPACIONAL (NO SUPERIOR A 3 AÑOS)<br>VISIOMETRIA (NO SUPERIOR 1 AÑO) | | | | |
| | | AUXILIARES DE MANTENIMIENTO | VISIOMETRIA Y AUDIOMETRÍA (NO SUPERIOR 1 AÑO)<br>CURSO DE ALTURAS | | | | |
| | | CONDUCTORES | VISIOMETRIA Y AUDIOMETRÍA (NO SUPERIOR 1 AÑO)<br>EXAMEN PSICOSENSOMETRICO | | | | |
| 17 | VACUNAS | VACUNAS ÁREA ADMINISTRATIVA | *INFLUENZA (VIGENCIA 1 AÑO) / *SARAMPIÓN | | | | |
| | | VACUNAS ÁREA ASISTENCIAL | *HEPATITIS B TRES DOSIS CUYO ESQUEMA ES EL DÍA 0, 60 Y 180. PARA QUIENES REALIZARON LA VACUNACIÓN Y NO TIENEN CARNÉ, DEBEN REALIZARSE LA TITULACIÓN DE ANTICUERPOS.<br>*INFLUENZA (VIGENCIA 1 AÑO)<br>*SARAMPION Y RUBEOLA<br>*VARICELA DOS DOSIS EL DÍA 0 Y EL DÍA 180. Y/O TITULACION ANTICUERPOS<br>*TETANOS, PARA MUJER TRES DOSIS EL DÍA 0-30-180 Y PARA HOMBRES DOS DOSIS EL DÍA 0 Y EL DÍA 30. | | | | |
| 18 | PARA CONDUCTORES APH<br>MOTORIZADOS RESPUESTA RÁPIDA | LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE VEHICULOS VIGENTE<br>LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE MOTOS VIGENTE<br>CONSTANCIA DE COMPARENDOS SIMIT .<br>PRIMER RESPONDIENTE (VIGENCIA 2 AÑOS)<br>PRIMEROS AUXILIOS (VIGENCIA 2 AÑOS)<br>CURSO COVE | | | | | |
| 19 | CONDUCTORES ADMINISTRATIVOS<br>MENSAJERO MOTORIZADO | LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE VEHICULOS VIGENTE<br>LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE MOTOS VIGENTE<br>CONSTANCIA DE COMPARENDOS SIMIT .<br>PRIMER RESPONDIENTE (VIGENCIA 2 AÑOS) EXCEPTO MENSAJERO MOTORIZADO<br>PRIMEROS AUXILIOS (VIGENCIA 2 AÑOS) EXCEPTO MENSAJERO MOTORIZADO | | | | | |
| 20 | **TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL DEBE TENER EL CURSO DE CÓDIGO BLANCO<br>( Curso de víctimas de violencia sexual) vigencia de 2 años Res 459 de 2012)** | | | | | | |

| N° | DOCUMENTO | SERVICIO | PERFIL | CURSOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | | URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA | AUX DE ENFERMERIA | SOPORTE VITAL BÁSICO | | | |
| 22 | | | ENFERMERO | ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS . SOPORTE VITAL AVANZADO | | | |
| 23 | | | MÉDICO GENERAL | SOPORTE VITAL AVANZADO | | | |
| 24 | | VACUNACIÓN | AUX DE ENFERMERIA | CERTIFICADO DE FORMACION PARA ADMINISTRA INMUNOBIOLOGICO PAI | | | |
| 25 | | TRANSFUSIÓN SANGUINEA | BACTERIOLOGO | CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL MANEJO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA | | | |
| 26 | | CAMILLERO | CAMILLERO | CURSO DE CAMILLERO Y PRIMEROS AUXILIOS | | | |
| 27 | | TOMA DE MUESTRAS | AUX DE ENFEMERIA AUX DE LABORATORIO | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE MUESTRAS | | | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS | CO-OPS-FT-07 V5 |

**DEBE:**
**ENTREGAR COPIA EN FÍSICO DE TODA LA DOCUMENTACIÓN Y PRESENTARLA EN CARPETA TAMAÑO OFICIO DE CARTÓN CON GANCHO LEGAJADOR PLÁSTICO .**
**ENTREGAR EN CD CON TODA LA INFORMACIÓN SEGÚN LISTA DE CHEQUEO EN ARCHIVO PDF**

| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | | | | No DE CÉDULA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | DOCUMENTO | ESPECIFICACIÓN | | | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
| 28 | REQUERIMIENTO AREA ASISTENCIAL | LABORATORIO CLÍNICO | AUXILIARES DE LABORATORIO AUX DE ENFERMERIA | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO / TOMA DE MUESTRAS | | | |
| 29 | | CUIDADO NEONATAL | PEDIATRA | CURSO DE REANIMACIÓN AVANZADA PEDIÁTRICA PALS PARA EL PEDIATRA | | | |
| 30 | | | ENFERMERO AUX DE ENFERMERIA TERAUPETA RESPIRATORIO NUTRICIONISTA FISIOTERAPEUTA | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN PACIENTE NEONATAL<br>EXEPTO EL ESPECIALISTA EN NEAOTOLOGÍA O EN CUIDADO INTENSIVO | | | |
| 31 | | CUIDADO INTENSIVO ADULTO | MÉDICO GENERAL MÉDICO ESPECIALISTA INTENSIVO, ANESTESIOLOGO, GINECOBSTETRA, MED INTERNA) ENFERMERO ESPECIALISTA AUX DE ENFERMERIA TERAUPETA RESPIRATORIO NUTRICIONISTA FISIOTERAPEUTA | CERTIFICADO DE FORMACIÓN DE CONTROL DEL PACIENTE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS<br>EXEPTO EL ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO | | | |
| 32 | | HEMODIALISIS / UNIDAD RENAL | ENFERMERA AUX DE ENFERMERIA | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL PACIENTE EN UNIDAD RENAL | | | |
| 33 | | TOMA DE CITOLOGIAS CRECIMIENTO Y DESARROLLO | MEDICO ENFERMERA AUX ENFERMERIA | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIAS PARA TECNOLOGÍA VIA- VILI (MÉDICO-ENFERMERA) CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN AIEPI (ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA) | | | |
| 34 | | APH (Ambulancia) | MÉDICO TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA TÉCNICO AUX. DE ENFERMERIA | CURSO DE SOPORTE VTIAL BÁSICO Y AVANZADO | | | |
| 35 | | ODONTOLOGÍA | ODONTÓLOGO ODONTÓLOGO ESPECIALISTA HIGIENISTA ORAL | CARNÉ DE RADIO PROTECCIÓN | | | |
| 36 | | RADIOLOGÍA | TECNÓLOGO EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS | CARNÉ DE RADIO PROTECCIÓN | | | |
| 37 | | | ECOGRAFISTA | TAC FORMACIÓN ESPECIFICA EN MANEJO DE TAC | | | |
| 38 | | PARA TODO EL PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL | MÉDICO GENERAL | SOPORTE VITAL AVANZADO | | | |
| 39 | | | PSICOLOGO, NUTRICIONISTA Y TRABAJADORA SOCIAL | SOPORTE VITAL BASICO | | | |
| 40 | PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL (VALOR AMPARADO MÍNIMO 100 SMLM) VIGENCIA 1 AÑO | PARA TODO EL PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL INTRAMURAL | | | | | |
| 41 | CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y/O SOPORTE DE AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE | EPS | | | | | |
| | | ARL (Se realiza al momento de inicio de actividades en la entidad) | | | | | |
| | | AFP | | | | | |
| 42 | REGISTRO EN SECOP II | IMPRESIÓN DEL REGISTRO EN SECOP II EVIDENCIANDO USUARIO | | | | | |
| 43 | AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS DEBIDAMENTE FIRMADO | PARA TODOS LOS PERFILES A EXCEPCIÓN BACHILLERES. | | | | | |
| 44 | **ANUALMENTE, TODO EL PERSONAL DE CONTRATO DEBE TENER ACUTALIZADOS TODOS LOS SOPORTES DE HABILITACIÓN EN LOS CASOS QUE APLIQUE: (POLIZAS ( 1 año ), EXÁMENES (Salud ocupacional menor a 3 años, visiometria 1 año ), VACUNAS (Influoza 1 año), CURSOS radioprotección, código blanco,soporte vital básico, soporte vital avanzado, primer respondiente, primeros auxilios vigencia 2 años))** | | | | | | |

**OBSERVACIONES:**

*Pantallazo Encuesta Virtual

NOMBRE DE QUIEN RECEPCIONA Y VERIFICA DOCUMENTOS

21 - 02 - 20

FECHA:

con disponibilidad [illegible] (10) hrs para cumplir con las obligaciones requeridas

Jornada

Bogotá D.C, 19 de febrero de 2020

Señores
**Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E**

Asunto: Propuesta para la presentación de servicios como médico general

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con el fin de prestar mis servicios como médico general, bajo modalidad de contrato por prestación de servicios. Con disponibilidad de tiempo de 192 horas, para cumplir con las obligaciones requeridas.

Cordialmente

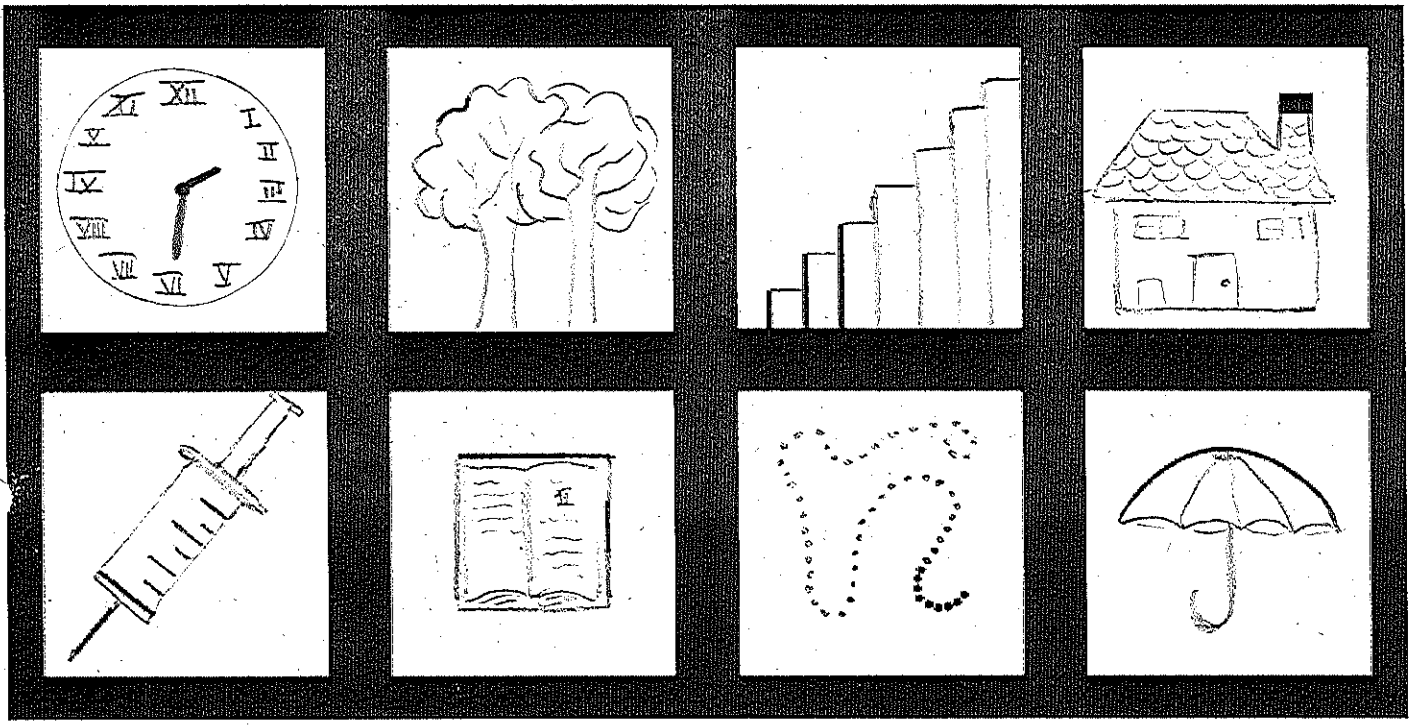
María Salome González Castaño
C.C: 1018489402 de Bogotá D.C
Teléfono: 31386015240
Correo: u0401635@unimilitar.edu.co
Dirección: Av. Cra 20 # 81- 38 apto 201
Universidad militar nueva granada

# TEST WARTEGG

Nombre: María Salomé González Cardoso Edad: 23 años Sexo: F Fecha: 04-02-2020

Grado De Escolaridad: Profesional Profesión: Médica Lugar De Nacimiento: Bogotá D.C

1 6 5 4



3 7 8 2

**TITULOS DIBUJOS:**

1. Puntualidad
2. Protección
3. Profesión
4. Hogar
5. Crecimiento
6. Naturaleza
7. Aprendizaje
8. Continuidad

**DIBUJO QUE MAS LE GUSTO** 1

**DIBUJO QUE MENOS LE GUSTO** 8

**DIBUJO QUE LA PARECIO MAS FACIL** 2

**DIBUJO QUE LE PARECIO MAS DIFICIL** 8

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | VERIFICACION DE PRUEBAS Y ENTREVISTAS | TH-FT-22 V1 |

**DEPENDENCIA O AREA** HOSPITALIZACIÓN **FECHA** 2 (DIA) 3 (MES) 2020 (AÑO)

**NOMBRE COMPLETO** MARÍA SALOME GONZÁLEZ CASTAÑO
**CARGO U OBJETO** MÉDICO GENERAL
**JEFE INMEDIATO** REFERENTE MEISSEN

## A. DEFINICIÓN DEL PERFIL

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | CUMPLIMIENTO DE PERFIL<br>Observaciones: __<br>Cumple de manera suficiente y funcional con el perfil esperado para el proceso ocupacional. En cuanto a las pruebas por | 40% | 34 |
| 2 | PRUEBAS PSICOTECNICAS<br>Observaciones:<br>Puede ser una persona con poco reconocimiento de su propio yo, con interes por afianzar sus relaciones interpersonales, proyecta sus objetivos un poco frustrados a largo plazo, sigue la norma, su nivel de energia es bueno,presenta buenas habilidades cognitivas y sociales | 25% | 18 |
| 3 | ENTREVISTA PERSONAL<br>Observaciones:<br>Buena disposicion e interes por pertenecer a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. | 35% | 34 |
| 4 | PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DEL AREA<br>Observaciones: _____ | N/A | |

**TOTAL** 86.00%

## B. PROTOCOLOS DE INICIO DE EJECUCIÓN

5 INDUCCIÓN GENERAL
Observaciones: _____
_____
_____

FECHA (DIA / MES / AÑO) | SI | NO

6 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DOCUMENTALES
Observaciones: _____
_____

| SI | NO |
|---|---|
| X | |

7 OBSERVACIONES GENERALES
_____
_____

8 EXAMEN MEDICO DE INGRESO
OBSERVACIONES

| SI | NO |
|---|---|
| X | |

## C. OBSERVACIONES FINALES O ADICIONALES

**PROFESIONAL ADMINISTRATIVO SELECCIÓN**

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | CASOS POR COMPETENCIAS – PROFESIONAL ASISTENCIAL | CO-OPS-FT-19 V1 |

**NOMBRE:** María Salomé González Castro **CEDULA:** 1018489402

**CELULAR:** 3138601524 **PERFIL:** _____ **FECHA:** 04-02-20

**Valoración por selección múltiple:**

Ingresa usuario por servicio de urgencias con cuadro clínico de 72 horas de decaimiento, fiebre, inyección conjuntival, refiere tener diarrea la que ha manejado con líquido (gaseosas), informa que la familia hermanos ha presentado caso igual, uno de ellos está hospitalizado, usuario es procedente de la Meza –Cund.

**Aporte Técnico profesional**

1. Que indicaciones de cuidado establecería con este usuario:

a. Precauciones de aislamiento
b. Higiene de manos
c. Lo devuelve para la casa
d. Le indica que tome lo mismo que sus hermanos
X A y b son ciertas

**Aprendizaje continuo:**

2. Frente a este caso usted podría realizar:

a. Revisión de guías de salud publica
b. Establece un diagnostico
X Complementa la anamnesis
d. Investiga por internet
e. Todas las anteriores

**Atención al usuario:**

3. En caso de que este usuario se encuentre molesto porque no ha sido atendido desde su ingreso a la institución lo cual ocurrió hace una hora, usted:

a. Le dice que tiene que seguir esperando hasta que se le pueda atender.
X Explica al usuario la existencia de situaciones que han retrasado su atención.
c. Le dice que se vaya para otra institución si tiene afán.
d. Le ofrece otras alternativas de atención (atención prioritaria)
e. Lo atiende y busca alternativas para tranquilizar al usuario.

**Comunicación Efectiva:**

4. El internista durante su ronda indaga sobre los laboratorios y exámenes tomados al usuario, los cuales fueron ordenados desde hace 6 horas y no se encuentran reportados en historia clínica. Frente a esta situación usted asume la siguiente conducta:

a. Informa que no sabe y lo direcciona a otra persona. (subalterno).
b. Revisa con su equipo de atención, en busca de ubicar los resultados.

c. Se molesta y regaña al equipo de atención.
d. Con su equipo revisa protocolos y toma acciones de mejora.
X b y d son correctas.

**Gestión de procedimientos**

5. Si considera que existieron fallas en las anteriores situaciones, usted:

a. Haría revisión de protocolos institucionales.
X Establecería planes de mejoramiento para usted y su equipo.
c. Buscaría quienes fueron los responsables para tomar represalias
d. Buscaría al jefe inmediato para que revise el caso y tome las medidas.
e. Ninguna de las anteriores

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS | CO-OPS-FT-07 V1 |

Bogotá D.C 21 de Febrero del 2020

Señores:

Universidad Militar Nueva Granada

Por medio de la presente, yo María Salomé González Castaño, identificado con número de documento 1018489402, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: María Salomé González Castaño

No. Documento: 1018489402

Teléfono: 3138601524

Bogotá D.C., 21 de Febrero del 2020

**PARA:** CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS - Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E. S.E. - Contratante

**DE:** María Salomé González Castaño
Contratista prestación de Servicios

Asunto: DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Yo María Salomé González Castaño identificado(a) con la C.C. No. 1018489402 De Bogotá D.C, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

**PRIMERO:** Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

**SEGUNDO:** La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales

| TIPO DE FORMACIÓN (FORMAL O INFORMAL) | TÍTULO O CERTIFICACIÓN OBTENIDA | FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA,MES,AÑO) | ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE | VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DÍA,MES,AÑO) |
|---|---|---|---|---|
| Profesional | Médico | 13-12-19 | Universidad Militar Nueva | |
| Capacitación | ACLS-BLS | 03-12-19 | Cataleya | 01-12-2021 |
| Capacitación | paciente intoxicado | 03-12-19 | Cataleya | 01-12-2021 |
| Capacitación | atención código blanco | 30-01-20 | Subred Sur | 2 años |

**TERCERO**: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.

FIRMA María Salomé González C
C.C. No. 1018489402
TELEFONO 3138601524
DIRECCIÓN Av. Cra 20 # 81-38 apto 201
CORREO ucp01635@unimilitar.edu.co

| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
| | VERIFICACIÓN ESTUDIOS Y EXPERIENCIA | TH-FT-05 V1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| DEPENDENCIA O AREA | HOSPITALIZACIÓN | | |
| NOMBRE COMPLETO | MARÍA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | CEDULA | 101.849.402 |
| CARGO | MÉDICO GENERAL | | |

| ESTUDIOS Y/O CURSOS | | EXPERIENCIA | |
|---|---|---|---|
| BACHILLER | | ENTIDAD | NO REFIERE |
| ASISTENCIAL | | ENTIDAD | |
| TECNICO | | ENTIDAD | |
| UNIVERSITARIO | UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA | ENTIDAD | |
| ESPECIALIZADO | | ENTIDAD | |
| ESPECIALIZADO | | ENTIDAD | |

## VERIFICACION DE ESTUDIOS Y/O CURSOS

| DOCUMENTO | ENTIDAD EDUCATIVA Y TITULO | FECHA DE GRADUACION | | | FECHA DE VERIFICACION | | | CUMPLE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | SI | NO |
| DIPLOMA | | | | | | | | | |
| DIPLOMA | UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA | 13 | 12 | 2019 | 2 | 3 | 2020 | X | |
| DIPLOMA | | | | | | | | | |
| DIPLOMA | | | | | | | | | |
| DIPLOMA | | | | | | | | | |
| DIPLOMA | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

## VERIFICACION DE EXPERIENCIA LABORAL

| EMPRESA O ENTIDAD | TIEMPO CERTIFICADO | | | FECHA DE CONFIRMACION | | | NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN CONFIRMA | CARGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | AÑOS | MESES | DIAS | DIA | MES | AÑO | | |
| NO REFIERE | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

FIRMA PROFESIONAL DE SELECCIÓN

2016-09-21

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Bogotá, D.C.
02 de marzo de 2020

Sres.
**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA**
**REGISTRO ACADEMICO**

registro.academico@unimilitar.edu.co

Ref.: Verificación de títulos

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo y deseo de bienestar. Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del títulos, según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico Nº 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmar si el programa de **MÉDICINA** fue obtenido en su entidad, por las siguiente persona:

| NOMBRE DEL FUNCIONARIO | CEDULA | TITULO OBTENIDO | FECHA - FOLIO – REGISTRO |
|---|---|---|---|
| MARÍA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | 1.018.489.402 | MÉDICO | 13 DE DICIEMBRE DE 2019 |

Por favor, dirigir su respuesta al Hospital del Tunal – Área de Talento Humano, ubicado en la Cra. 20 N. 47 B-35 Sur, o al correo electrónico proceso.seleccion.ops@subredsur.gov.co

Agradezco su amable atención y pronta respuesta.

Cordialmente,

**TANIA ANDREA ACOSTA**
Profesional Administrativo
Contratación

## Proceso Seleccion OPS

**De:** Proceso Seleccion OPS <proceso.seleccion.ops@subredsur.gov.co>
**Enviado el:** lunes, 02 de marzo de 2020 08:02 a.m.
**Para:** 'registro.academico@unimilitar.edu.co'
**Asunto:** VERIFICACIÓN TÍTULO
**Datos adjuntos:** MARIA SALOME GONZALEZ_202003020812.pdf

Respetados Señores

Atentamente anexamos solicitud formal para la verificación de títulos de la persona relacionada, pues es indispensable esta información para el proceso de habilitación en Salud de las Empresas Sociales del Estado.

Se anexa autorización firmada por el egresado con diploma y acta.

Agradezco su valiosa y oportuna colaboración

**TANIA ANDREA ACOSTA**
Profesional Administrativo
CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E – HOSPITAL EL TUNAL

*Cordialmente,*

*Proceso de selección.*

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | CONSTANCIA DE IDONEIDAD PRESTACIÓN SERVICIOS | CO-OPS-FT-10 V1 |

## IDONEIDAD Y EXPERIENCIA DEL CONTRATISTA RELACIONADA

## CON EL OBJETO A CONTRATAR

Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., ha requerido contratar un(a) **MEDICO** para: **PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL** de acuerdo a las necesidades de la Institución.

Que el servicio referido es de carácter **ASISTENCIAL** por cuanto las actividades a desarrollar son de dicha naturaleza y requieren grado de cognición, comprensión y concentración en temas relacionados con el **OBJETO CONTRACTUAL.**

Que se estima procedente contratar a, **GONZÁLEZ CASTAÑO MARÍA SALOMÉ** identificada con **CC No. 1018489402** puesto que su orientación y perfil, al igual que la experiencia acreditada, certifican la idoneidad para desarrollar el objeto para el cual va a ser contratado.

Que al momento de entregar la documentación requerida para la celebración del Contrato de Prestación de Servicios el seleccionado presenta los siguientes documentos originales para verificación de la legitimidad de las copias entregadas, dentro de los requeridos para contratar (se anexa verificación hoja de vida):

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el Art. 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto Único Reglamentario 1082 de 2015.

Expedido en Bogotá D.C., el 09 de marzo de 2020

**TANIA ANDREA ACOSTA OLIVEROS**
**PSICOLOGA**

**MARIA CLAUDIA ONATE VASQUEZ**
**DIRECTORA DE CONTRATACION**

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | FORMATO INDIVIDUAL NECESIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | CO-BIS-FT-03 V2 |

| FECHA DE SOLICITUD | DD | MM | AAAA |
|---|---|---|---|
| | 15 | 3 | 2019 |

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

| | |
|---|---|
| DIRECCIÓN U OFICINA SOLICITANTE | UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCION PREHOSPITALARIA CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED SUR Y LA SECRETARIA DE SALUD A PARTIR DEL 22 DE MARZO 2019 |
| AREA ESPECIFICA DE SERVICIO | UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCION PREHOSPITALARIA CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED SUR Y LA SECRETARIA DE SALUD A PARTIR DEL 22 DE MARZO 2019 |

| INFORMACIÓN CANDIDATO SOLICITADO (Especificar de acuerdo al requerimiento el nivel de estudio correspondiente) | BACHILLER | | BACHILLER TECNICO LABORAL | X | TÉCNICO O TECNÓLOGO | | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | | PROFESIONAL UNIVERSITARIO O MÉDICO | | PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON POSTGRADO | | MEDICO CON UNA ESPECIALIZACION MEDICO QUIRURGICA | | MEDICO CON DOS O MAS ESPECIALIZACIONES MEDICO QUIRURGICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**2. DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO**

| PERFIL: REQUISITOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA | Nº PERSONAS |
|---|---|
| Certificado de aptitud ocupacional como auxiliar de enfermería o certificado de formación técnica profesional o título de formación tecnológica en atención prehospitalaria expedida por institución reconocida legalmente.<br><br>Experiencia mínima certificada de un año en el ejercicio de su formación u oficio.<br><br>Experiencia mínima certificada de un año de haber laborado en ambulancias y/o en servicios de urgencias preferiblemente de segundo o tercer nivel, durante mínimo un año de manera continua. | 1 |

| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |
|---|---|

**3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL SERVICIO (ACTIVIDADES DEL PROCESO)**

| | ACTIVIDADES ESPECIFICAS A REALIZAR |
|---|---|
| 1 | Prestar servicios como Auxiliar de Enfermería para la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria Convenio interadministrativo suscrito entre la Subred Sur y la Secretaria de Salud a partir del 22 de marzo 2019, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la Norma de Habilitación de Servicios de Salud Vigente. |
| 2 | Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Subred Sur para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria. |
| 3 | Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de turno, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las móviles al responsable delegado por la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria Convenio Interadministrativo suscrito entre la Subred Sur y la Secretaria de Salud a partir del 22 de marzo 2019. |
| 4 | Realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica, módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos. Fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades. |
| 5 | Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (médico) quien define en cada caso en las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la dirección centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación, de las móviles adscritas a la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria Convenio Interadministrativo suscrito entre la Subred Sur y la Secretaria de Salud a partir del 22 de marzo 2019 |
| 6 | Revisar periódicamente los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil, cumplir con el registro en los formatos diseñados, apoyar al equipo de calidad y seguimiento en la revisión periódica de las ambulancias. garantizar la adecuada presentación personal e identificación institucional; mantener una adecuada custodia de los equipos biomedicos, insumos y demás elementos de la móvil asignada, así mismo la entrega mensual del inventario. |
| 7 | Asistir a las reuniones programadas para garantizar el adecuado funcionamiento del programa, Asistir a las capacitaciones para el fortalecimiento de las competencias del programa de atencion Prehospitalaria programados por el DUES y/o la SUBRED SUR E.S.E., asistir a las reuniones convocadas por Gerencia |
| 8 | Cumplir con las demás actividades asignadas en las móviles del programa de atención Prehospitalaria y que sean inherentes al perfil. |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |

**4. JUSTIFICACIÓN**

**se requiere la contratacion de Auxiliares de Enfermeria para la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria Convenio interadministrativo 050-2019 suscrito entre la Subred Sur y la Secretaria de Salud a partir del 22 de marzo 2019**

| SOLICITANTE | | | APROBACIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CARGO- DIRECTOR O JEFE DE OFICINA | FIRMA | NOMBRE | SUBGERENCIA U OFICINA ASESORA | FIRMA |
| IRAYDA LAVERDE | LIDER APH-SIRC | | MARTIN GUILLERMO JAIMES MADARIAGA | Subgerente Prestación Servicios de Salud (C) | |

**5. ESPACIO EXCLUSIVO PARA TALENTO HUMANO**

| | | |
|---|---|---|
| El suscrito Director Operativo del Área de Talento Humano certifica que revisada la planta de personal y el Manual de funciones y competencias laborales vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur no cuenta con el personal de planta suficiente provisto, para el desarrollo de las actividades señaladas en el requerimiento, de acuerdo con el perfil solicitado. | FIRMA Y NOMBRE DIRECTOR TALENTO HUMANO | |

**Proceso Seleccion OPS** CC 1018489402

**De:** DIVISIÓN REGISTRO ACADÉMICO <registro.academico@unimilitar.edu.co>
**Enviado el:** lunes, 02 de marzo de 2020 12:29 p.m.
**Para:** Proceso Seleccion OPS
**Asunto:** Re: VERIFICACIÓN TÍTULO

Cordial Saludo,

Me permito informar que los soportes anexos de MARÍA SALOMÉ GONZÁLEZ CASTAÑO, son verídicos y tienen validez por ser expedidos por esta Casa de Estudios.

Atentamente,

**Coronel (RA) Ariel Ramiro Gaitán Quiroga**
Jefe División Admisiones, Registro y Control Académico
Universidad Militar Nueva Granada
Carrera 11
No.
101-80, Bogotá D. C.
PBX: 650 00 00 exts.
1150, 1151, 1153, 1155, 1156, 1157, 1159, 1160.

registro.academico@unimilitar.edu.co

www.umng.edu.co

La información contenida en este correo electrónico y en todos sus archivos anexos es confidencial y privilegiada, y no necesariamente trasmite el pensamiento o convicciones de la Universidad Militar Nueva Granada. Si por algún motivo recibe esta comunicación y usted no es el destinatario autorizado, sírvase borrarlo de inmediato, notificarle de su error a la persona que lo envió y abstenerse de divulgar su contenido y anexos, ya que esta información solo puede ser utilizada por la persona a quien está dirigida. Está prohibido cualquier uso inadecuado de esta información, así como la generación de copias de este mensaje.

El lun., 2 de mar. de 2020 a la(s) 08:02, Proceso Seleccion OPS (proceso.seleccion.ops@subredsur.gov.co) escribió:

> Respetados Señores
>
> Atentamente anexamos solicitud formal para la verificación de títulos de la persona relacionada, pues es indispensable esta información para el proceso de habilitación en Salud de las Empresas Sociales del Estado.

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL | ADM-CTT-FT-25-V2 |

**EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 4204DE 2020**

**CERTIFICA**

Que el (la) contratista **MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No.1018489402 presentó el informe de actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre el mes de marzo de 2020dando de ésta manera cumplimiento en forma:

**PARCIAL** [ ] **TOTAL** [X]

De conformidad con las obligaciones y/o actividades contratadas contenidas en el Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestion Administrativa y asistencial No.**4204** del Año **2020,** con fecha de iniciación**marzo** del año**2020**, prestando sus servicios correspondientes al período reportado, conforme al objeto contractual por un valor de **$4185678**

***NOVEDADES:

La certificación de cumplimiento se soporta en el informe de actividades del contratista que hace parte integrante del presente documento. Lo anterior para efectos de pago.

Dado en Bogotá, D.C., a los días 31 del mes 03 de 2020

Ricardo Martinez Galvis
Profesional Enlace

**RICARDO MARTINEZ GALVIS**
PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN
**SUPERVISOR**

**JORGE ELIECER CASTELLANOS**
REFERENTE DE GINECOLOGIA
**APOYO TECNICO A LA SUPERVISION**

***NOVEDADES: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: (Suspensiones, Reinicio de CPS, Rotación lugar desarrollo de actividades, Incapacidades, Licencia de Maternidad, Disminución del Tiempo del Contrato, Terminación Anticipada, Actividades adicionales soportadas u otras novedades afines, que se presenten en el desarrollo del Objeto Contractual)

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V4

## DATOS DEL INFORME

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Periodo del Informe: | Desde: | mar-20 | Hasta: | mar-20 |
| Nombre del Contratista: | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Cédula: | 1.018.489.402 |
| Correo Electrónico: | u0401635@unimilitar.edu.co | | Teléfono(s): | 3138601524 |
| Nombre del Supervisor 1: | RICARDO MARTINEZ GALVIS | | Cargo o Actividad: | PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN |
| Nombre del Supervisor 2: | | | Cargo o Actividad: | |
| Nombre del Supervisor 3: | | | Cargo o Actividad: | |
| Nombre del Supervisor 4: | | | Cargo o Actividad: | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 1: | JORGE ELIECER CASTELLANOS CORREDOR | | Cargo o Actividad: | REFERENTE DE GINECOLOGIA SUBRED SUR |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 2: | | | Cargo o Actividad: | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 3: | | | Cargo o Actividad: | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 4: | | | Cargo o Actividad: | |
| Profesional de Enlace 1: | | | Cargo o Actividad: | |
| Unidad | MEISSEN | | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004204 | Año Contrato: | 2020 | Fecha de Inicio Contrato: | mar-20 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| HOSP GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - USS MEISSEN | | MEISSEN | I03ME | $ 42 | | $ 30.331 | $ 1.273.902 | 30,43% |
| ATENCIÓN DE PARTO BAJO Y ALTO RIESGO USS MEISSEN | | MEISSEN | d05me | $ 96 | | $ 30.331 | $ 2.911.776 | 69,57% |
| | | | | | | $ - | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | $ - | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 4.185.678 | CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($4185678,0) |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO | ACTIVIDADES REALIZADAS | SOPORTE | PORCENTAJE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios profesionales como médico en las areas Asistenciales a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficiente y humanizados, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta. y dentro de los servicios quirurgicos, hospitalarios, de urgencias, observacion, interconsultas y/o ambulatorios segun requerimiento y programacion del servicio | PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES DE ACUERDO A SU ESPECIALIDAD Y EN LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS | SUPERVISOR | 100% |
| 2 | Garantizar la continuidad de la atención médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egreso | SE GARANTIZA LA ATENCION CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD | HISTORIA CLINICA | 100% |
| 3 | Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad | SE BRINDA LA ASISTENCIA REQUERIDA POR LA INSTITUCION | SUPERVISOR | 100% |
| 4 | Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION | HISTORIA CLINICA | 100% |
| 5 | Diligenciar clara, oportuna y correctamente los certificados y demás documentación que deba entregarse a los pacientes y la Institución, con ocasión de la ejecución de lo pactado en el presente contrato. | DILIGENCIAR LA HC DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD | HISTORIA CLINICA | 100% |
| | | | TOTAL | 100% |

## VALOR CERTIFICADO POR EL SUPERVISOR

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V4 |

| | |
|---|---|
| De acuerdo al seguimiento a las obligaciones contratadas se certifica un pago total por valor de | $4.185.678 |
| VALOR CERTIFICADO EN LETRAS | CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($4185678,0) |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO | | FECHA DE PAGO | | | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | |
| | | | | | | |
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | | | | | | |

| ÍTEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | | | | |
| SALUD | | | $ 877.803 | | |
| ARL | 3 | | | | |
| | | | VALOR TOTAL DE LOS APORTES | | $ - |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA: | AHORROS | NUMERO CUENTA: | 488413390789 |
|---|---|---|---|---|---|

MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.018.489.402
CC. NO. CONTRATISTA

JORGE ELIECER CASTELLANOS CORREDOR
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 1
REFERENTE DE GINECOLOGIA SUBRED SUR

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE SUPERVISOR 1
PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 2
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 2
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 3
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 3
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 4
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 4
0

0
NOMBRE PROFESIONAL DE ENLACE 1
0

2020-02-13

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 2 3 0 1 2 1 0 1 2 0

## I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de tramite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: * Cotizante o cabeza de Familia [X] * Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]; B. Cabeza de familia [ ]; C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ]; B. Independiente [X]; C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 03

## A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| González | Castaño | María | Salomé |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo: Femenino | Masculino | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| C.C | 1018489402 | X | | 10 09 1996 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo / Condición | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Protección |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.900.000 | Avenida carrera 20 # 81-38 apto 201 | 9625725 | 3138601524 | | |
| u0401635@unimilitar.edu.co | Bogotá D.C | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | chapinero | Cundinamarca | |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino | Masculino | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

### Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| | 24. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | 28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo F | N | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | |

### Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| Col. | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación |
|---|---|
| | |

| 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|
| | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio - Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

48. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Regimen [X] B. Diferente Regimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 42. Fecha (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| SALUD TOTAL | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la Historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

## VIII. FIRMAS

| | |
|---|---|
| María Salomé González C | 54. El cotizante, representante o enlace de la entidad responsable de la afiliación colectiva o de oficio |

## IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que [illegible] la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de [illegible]

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBEN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación (D D M M A A A A) | 69. Fecha de validación (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 21 FEB 2020 |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

OBSERVACIONES

Supersalud — Superintendencia Nacional de Salud — SuperSubsidio

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | X | |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | X | |
| ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? | X | |
| ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? | X | |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | X | |

**Firma del afiliado (cotizante):** María Jolanda González

**No. Identificación:** 1018489402

**FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)**

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien actúa a firmar: _____

Identificación: _____

21 FEB 2020
Cód 658 Luisa Fernanda Gómez G.
SUJETO A VERIFICACIÓN

## AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico proteccióndedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento

Proteccion

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

(la) Señor(a) **GONZALES CASTAÑO MARIA SALOME** identificado(a) con **CC** número **1.018.489.402** se ncuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCION desde el dia 06 de diciembre de 2017 y sus cursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION MAYOR RIESGO**.

sta constancia se expide a petición del interesado(a) el dia 21 de febrero de 2020.

ordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali 510 90 99
Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000
www.proteccion.com

ARL | SURA

Medellín, 17 de marzo de 2020

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

## CERTIFICA:

Que MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1018489402 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha Inicio cobertura:** 10/03/2020 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACION:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - ASISTENCIAL

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

***Artículo 11. Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Si deseas validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1018489402200727086

Cordialmente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación.
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/03/2020 7:34:19 AM

Dirección IP: 186.81.240.193, 127.15.42.67

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL | ADM-CTT-FT-25-V2 |

**EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 4204DE 2020**

**CERTIFICA**

Que el (la) contratista **MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No.1018489402 presentó el informe de actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre el mes de 01 de ABRIL al 30 de ABRIL de 2020 dando de ésta manera cumplimiento en forma:

**PARCIAL** [ ] **TOTAL** [X]

De conformidad con las obligaciones y/o actividades contratadas contenidas en el Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestion Administrativa y asistencial No.**4204** del Año **2020,** con fecha de iniciación **marzo** del año**2020**, prestando sus servicios correspondientes al período reportado, conforme al objeto contractual por un valor de **$5095608**

***NOVEDADES:

La certificación de cumplimiento se soporta en el informe de actividades del contratista que hace parte integrante del presente documento. Lo anterior para efectos de pago.

Dado en Bogotá, D.C., a los días 30 del mes ABRIL de 2020

Ricardo Martinez Galvis
Marly2908* Profesional Enlace
C.C. 1.023.861.779

**RICARDO MARTINEZ GALVIS**
PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN
**SUPERVISOR**

**JORGE ELIECER CASTELLANOS**
REFERENTE DE GINECOLOGIA
**APOYO TECNICO A LA SUPERVISION**

***NOVEDADES: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: (Suspensiones, Reinicio de CPS, Rotación lugar desarrollo de actividades, Incapacidades, Licencia de Maternidad, Disminución del Tiempo del Contrato, Terminación Anticipada, Actividades adicionales soportadas u otras novedades afines, que se presenten en el desarrollo del Objeto Contractual)

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V4 |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Período del Informe: | Desde: | 1/04/2020 | Hasta: | 30/04/2020 | |
| Nombre del Contratista: | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Cédula: | 1.018.489.402 | |
| Correo Electrónico: | u0401635@unimilitar.edu.co | | Teléfono(s): | 3138601524 | |
| Nombre del Supervisor 1: | RICARDO MARTINEZ GALVIS | | Cargo o Actividad: | PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN | |
| Nombre del Supervisor 2: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Nombre del Supervisor 3: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Nombre del Supervisor 4: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 1: | JORGE ELIECER CASTELLANOS CORREDOR | | Cargo o Actividad: | REFERENTE DE GINECOLOGIA SUBRED SUR | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 2: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 3: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 4: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Profesional de Enlace 1; | | | Cargo o Actividad: | | |
| Unidad | MEISSEN | | | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004204 | Año Contrato: | 2020 | Fecha de Inicio Contrato: | mar-20 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - USS MEISSEN | | MEISSEN | I03ME | $ 168 | | $ 30.331 | $ 5.095.608 | 100,00% |
| | | | | | | $ 30.331 | $ - | 0,00% |
| | | | | | | $ - | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | $ - | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 5.095.608 | CINCO MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS MCTE ($5095608,0) |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO | ACTIVIDADES REALIZADAS | SOPORTE | PORCENTAJE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios profesionales como médico en las areas Asistenciales a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficiente y humanizados, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta, y dentro de los servicios quirurgicos, hospitalarios, de urgencias, observacion, interconsultas y/o ambulatorios segun requerimiento y programacion del servicio | PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES DE ACUERDO A SU ESPECIALIDAD Y EN LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS | SUPERVISOR | 100% |
| 2 | Garantizar la continuidad de la atención médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egreso | SE GARANTIZA LA ATENCION CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD | HISTORIA CLINICA | 100% |
| 3 | Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad | SE BRINDA LA ASISTENCIA REQUERIDA POR LA INSTITUCION | SUPERVISOR | 100% |
| 4 | Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION | HISTORIA CLINICA | 100% |
| 5 | Diligenciar clara, oportuna y correctamente los certificados y demás documentación que deba entregarse a los pacientes y la institución, con ocasión de la ejecución de lo pactado en el presente contrato. | DILIGENCIAR LA HC DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD | HISTORIA CLINICA | 100% |
| | | | TOTAL | 100% |

## VALOR CERTIFICADO POR EL SUPERVISOR

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V4 |

| | |
|---|---|
| De acuerdo al seguimiento a las obligaciones contratadas se certifica un pago total por valor de | $5.095.608 |
| VALOR CERTIFICADO EN LETRAS | CINCO MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS MCTE ($5095608,0) |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO | | FECHA DE PAGO | | | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 4.185.678 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | |
| 2020 | 03 | 2020 | 04 | 13 | | |

| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($4185678,0) |
|---|---|

| ÍTEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | COMPENSAR | $ 1.674.271 | $ 267.900 | $ 270.100 |
| SALUD | | PROTECCION | | $ 209.300 | $ 211.100 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 40.800 | $ 41.300 |
| | | | VALOR TOTAL DE LOS APORTES | $ 518.000 | $ 522.500 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA: | AHORROS | NUMERO CUENTA: | 488413390789 |
|---|---|---|---|---|---|

Salome Gonzalez

MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.018.489.402
CC. NO. CONTRATISTA

Jorge Castellanos

JORGE ELIECER CASTELLANOS CORREDOR
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 1
REFERENTE DE GINECOLOGIA SUBRED SUR

Ricardo Martinez Galvis
Profesional Enlace

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE SUPERVISOR 1
PROFESIONAL DE ENLACE DSS MEISSEN

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 2
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 2
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 3
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 3
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 4
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 4
0

0
NOMBRE PROFESIONAL DE ENLACE 1
0

2020-02-13

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | **NIT:** | 1018489402 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | marzo 2020 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | marzo 2020 |
| **Número de Radicación:** | 41887415 | **Total a pagar:** | $522,500 |
| **Fecha de vencimiento:** | 02/04/2020 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 13/04/2020 | **Número de Administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA | **Número Autorización:** | 597333360 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | $0 | $41,300 |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 1 | | $0 | $270,100 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0 | $211,100 |
| | | | | | | $522,500 |

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

**Le informamos que el pago de la planilla No. 41887415, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.**

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

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL | ADM-CTT-FT-25-V2 |

184

**EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 4204DE 2020**

**CERTIFICA**

Que el (la) contratista **MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No.1018489402 presentó el informe de actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre el mes de 01 de MAYO al 31 de MAYO de 2020 dando de ésta manera cumplimiento en forma:

**PARCIAL** [ ] **TOTAL** [X]

De conformidad con las obligaciones y/o actividades contratadas contenidas en el Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestion Administrativa y asistencial No.**4204** del Año **2020,** con fecha de iniciación **marzo** del año**2020**, prestando sus servicios correspondientes al período reportado, conforme al objeto contractual por un valor de **$5277594**

***NOVEDADES:

La certificación de cumplimiento se soporta en el informe de actividades del contratista que hace parte integrante del presente documento. Lo anterior para efectos de pago.

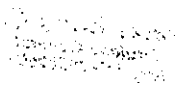
Dado en Bogotá, D.C., a los días 31 del mes MAYO de 2020

Josef Kling G.
Cirujano General
Reg. MD 79302601

**RICARDO MARTINEZ GALVIS**
PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN
**SUPERVISOR**

**JOSEF KLING GOMEZ**
REFERENTE DE CIRUGIA
**APOYO TECNICO A LA SUPERVISION**

***NOVEDADES: Hace referencia a las situaciones que afectan el desarrollo de las actividades tales como: (Suspensiones, Reinicio de CPS, Rotación lugar desarrollo de actividades, Incapacidades, Licencia de Maternidad, Disminución del Tiempo del Contrato, Terminación Anticipada, Actividades adicionales soportadas u otras novedades afines, que se presenten en el desarrollo del Objeto Contractual)



| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V4 |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo del Informe: | Desde: | 01/05/2020 | Hasta: | 31/05/2020 | |
| Nombre del Contratista: | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Cédula: | 1.018.489.402 | |
| Correo Electrónico: | u0401635@unimilitar.edu.co | | Teléfono(s): | 3138601524 | |
| Nombre del Supervisor 1: | RICARDO MARTINEZ GALVIS | | Cargo o Actividad: | PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN | |
| Nombre del Supervisor 2: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Nombre del Supervisor 3: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Nombre del Supervisor 4: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 1: | JOSEF KLING GOMEZ | | Cargo o Actividad: | REFERENTE CIRUGIA GENERAL | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 2: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 3: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Nombre apoyo tco a la Supervisión 4: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Profesional de Enlace 1: | | | Cargo o Actividad: | | |
| Unidad | MEISSEN | | | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004204 | Año Contrato: | 2020 | Fecha de Inicio Contrato: | mar-20 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| CX. PEDIATRIA USS MEISSEN | | MEISSEN | C13ME | $ 174 | | $ 30.331 | $ 5.277.594 | 100,00% |
| | | | | | | $ 30.331 | $ - | 0,00% |
| | | | | | | $ - | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | $ - | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 5.277.594 | CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE ($5277594,0) |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO | ACTIVIDADES REALIZADAS | SOPORTE | PORCENTAJE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios profesionales como médico en las areas Asistenciales a los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficiente y humanizados, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta. y dentro de los servicios quirurgicos, hospitalarios, de urgencias, observacion, interconsultas y/o ambulatorios segun requerimiento y programacion del servicio | PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES DE ACUERDO A SU ESPECIALIDAD Y EN LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS | SUPERVISOR | 100% |
| 2 | Garantizar la continuidad de la atención médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egreso | SE GARANTIZA LA ATENCION CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD | HISTORIA CLINICA | 100% |
| 3 | Brindar asistencia, en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad | SE BRINDA LA ASISTENCIA REQUERIDA POR LA INSTITUCION | SUPERVISOR | 100% |
| 4 | Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION | HISTORIA CLINICA | 100% |
| 5 | Diligenciar clara, oportuna y correctamente los certificados y demás documentación que deba entregarse a los pacientes y la institución, con ocasión de la ejecución de lo pactado en el presente contrato. | DILIGENCIAR LA HC DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD | HISTORIA CLINICA | 100% |
| | | | TOTAL | 100% |

## VALOR CERTIFICADO POR EL SUPERVISOR

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V4

| | |
|---|---|
| De acuerdo al seguimiento a las obligaciones contratadas se certifica un pago total por valor de | $5.277.594 |
| VALOR CERTIFICADO EN LETRAS | CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE ($5277594,0) |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO | | FECHA DE PAGO | | | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 5.095.608 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | |
| 2020 | 04 | 2020 | 05 | 11 | | |
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | | CINCO MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS MCTE ($5095608,0) | | | | |

| ITEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | COMPENSAR | $ 2.038.243 | $ 326.100 | $ 61.200 |
| SALUD | | PROTECCION | | $ 254.800 | $ 254.900 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 49.700 | $ 49.700 |
| | | | VALOR TOTAL DE LOS APORTES | $ 630.600 | $ 365.800 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA: | AHORROS | NUMERO CUENTA: | 488413390789 |
|---|---|---|---|---|---|

MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.018.489.402
CC. NO. CONTRATISTA

JOSEF KLING GOMEZ
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 1
REFERENTE CIRUGIA GENERAL

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE SUPERVISOR 1
PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 2
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 2
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 3
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 3
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 4
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 4
0

0
NOMBRE PROFESIONAL DE ENLACE 1
0

2020-02-13

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PA

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | **NIT:** | 1018489402 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | abril 2020 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | abril 2020 |
| **Número de Radicación:** | 42452280 | **Total a pagar:** | $365,800 |
| **Fecha de vencimiento:** | 31/05/2020 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 11/05/2020 | **Número de Administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA | **Número Autorización:** | 621177469 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | $0 | $49,700 |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 1 | | $0 | $61,200 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0 | $254,900 |
| | | | | | | $365,800 |

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

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

| ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V5 |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01-jun.-20 | Hasta: | 30-jun.-20 | |
| Nombre del Contratista: | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Cédula: | 1.018.489.402 | |
| Correo Electrónico: | u0401635@unimilitar.edu.co | | Teléfono(s): | 3138601524 | |
| Nombre del Supervisor 1: | RICARDO MARTINEZ GALVIS | | Cargo o Actividad: | PROFEISONAL DE ENLACE USS MEISSEN | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004204 | Año Contrato: | 2020 | C.D.P. No. | 326 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| CX. PEDIATRIA USS MEISSEN | | MEISSEN | C13ME | 174 | | $ 30.331 | $ 5.277.594 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (AS CIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 5.277.594 | CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE |

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 09/03/2020 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/06/2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | No. CUENTA | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2020-07-01 | 2020-08-31 | 1 | $ 10.191.216 | 1092 | 1 | | |
| | | | | | | 2 | | |
| | | | | | | 3 | Marzo | $ 4.185.678 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 5.095.608 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 21.292.362 | $ 31.483.578 | $ 19.836.474 | $ 11.647.104 |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | prestar servicios profesionales como médico en las áreas de urgencias hospitalización y consulta externa de los usuarios de la subred Sur con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad seguros eficientes y humanizados y cumpliendo Cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la entidad durante el tiempo disponibilidad indicado en su propuesta | cumplir con las actividades establecidas en el servicio de urgencias, cumliendo con los estandares de calidad y oportunidad establecidos por la institucion | Historia Clinica |
| 2 | garantizar la continuidad de la atención médica Durante los procesos de ingreso valoración evaluación y formulación y egreso | brindar atencion optima durante el ingreso y hasta el egreso del paciente | Historia Clinica |
| 3 | brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA | Historia Clinica |
| 4 | informar a las autoridades ya los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | dar informacion clara oportuna y precisa, sobre la atencion dada a los pacientes, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la institucion | Historia Clinica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | diligenciar Clara correcta y oportunamente la historia clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema información adoptado por la subred Sur con ocasión a la ejecución de lo pactado en el presente contrato | Diligenciar correctamente las historias clínicas, de acuerdo a la normatividad vigente | Historia Clinica |
| 6 | diligencia la historia clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente | diligenciamiento de la historia clinica | Supervisor |
| 7 | diligenciar correcta y oportunamente la información que exige el sistema información de la subred a fin de que los servicios prestados por el contratista pueden ser incluidos en el cobro de esta al respectivo asegurador | realizar el diligenciamieto correcta y oportunamente | Supervisor |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 5.277.594 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | 43309873 | | |
| 2020 | 5 | 2020 | 06 | 11 | | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE

| ITEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PROTECCION | $ 2.111.038 | $ 337.800 | $ 63.400 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 263.900 | $ 264.000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 51.400 | $ 51.500 |
| | | | | $ 653.100 | $ 378.900 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | | TIPO CUENTA | | NRO CUENTA | |
|---|---|---|---|---|---|

Salome Gonzalez

MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.018.489.402
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez G. ... Profesional Enlace ...

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN

Josef Kling G.
Cirujano General
Reg. MD 79302601

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018488402 | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | hospital meissen | 7428585 | ua0401635@unimilitar.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I -- Independiente | | | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-05 | 2020-05 | I | 11/06/2020 | 43309873 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $378.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 264.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 264.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 63.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 63.400 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 830903790-5 | 51.500 | | | | 51.500 | 0 | 0 | 51.500 | | | 515 | 51.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 264.000 | 264.000 |
| Pensión | 1 | 63.400 | 63.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 51.500 | 51.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 378.900 | 378.900 |

43309873

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018489402 | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | hospital melissen | 7426585 | ua0401635@unimilitar.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-05 | 2020-05 | I | 11/06/2020 | 43309873 | $378.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza en el exterior | Extranjero | IRG | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | INL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1018489402 | GONZALEZ CASTAÑO MARIA SALOME | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2.112.000 | 63.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.112.000 | 264.000 | 14-11 | 2.112.000 | 3 | 51.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V5

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01-jul.-20 | Hasta: | 31-jul.-20 | |
| Nombre del Contratista: | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Cédula: | 1.018.489.402 | |
| Correo Electrónico: | u0401635@unimilitar.edu.co | | Teléfono(s): | 3138601524 | |
| Nombre del Supervisor 1: | RICARDO MARTINEZ GALVIS | | Cargo o Actividad: | PROFEISONAL DE ENLACE USS MEISSEN | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004204 | Año Contrato: | 2020 | C.D.P. No. | 326 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| CX. PEDIATRIA USS MEISSEN | | MEISSEN | C13ME | 186 | | $ 30.331 | $ 5.641.566 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (AS CIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 5.641.566 | CINCO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS MCTE |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 9/03/2020 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/06/2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | No. CUENTA | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2020-07-01 | 2020-08-31 | 1 | $ 10.191.216 | 1092 | 1 | | |
| | | | | | | 2 | | |
| | | | | | | 3 | Marzo | $ 4.185.678 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 5.095.608 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 21.292.362 | $ 31.483.578 | $ 25.478.040 | $ 6.005.538 |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | prestar servicios profesionales como médico en las áreas de urgencias hospitalización y consulta externa de los usuarios de la subred Sur con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad seguros eficientes y humanizados y cumpliendo Cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la entidad durante el tiempo disponibilidad indicado en su propuesta | cumplir con las actividades establecidas en el servicio de urgencias, cumliendo con los estandares de calidad y oportunidad establecidos por la institucion | Historia Clinica |
| 2 | garantizar la continuidad de la atención médica Durante los procesos de ingreso valoración evaluación y formulación y egreso | brindar atencion optima durante el ingreso y hasta el egreso del paciente | Historia Clinica |
| 3 | brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA | Historia Clinica |
| 4 | informar a las autoridades ya los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | dar informacion clara oportuna y precisa, sobre la atencion dada a los pacientes, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la institucion | Historia Clinica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | diligenciar Clara correcta y oportunamente la historia clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema Información adoptado por la subred Sur con ocasión a la ejecución de lo pactado en el presente contrato | Diligenciar correctamente las historias clinicas, de acuerdo a la normatividad vigente | Historia Clinica |
| 6 | diligencia la historia clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente | diligenciamiento de la historia clinica | Supervisor |
| 7 | diligenciar correcta y oportunamente la información que exige el sistema información de la subred a fin de que los servicios prestados por el contratista pueden ser incluidos en el cobro de esta al respectivo asegurador | realizar el diligenciamieto correcta y oportunamente | Supervisor |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 5.277.594 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2020 | 6 | 2020 | 07 | 14 | 44031971 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE

| ITEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PROTECCIÓN | $ 2.111.038 | $ 337.800 | $ 338.000 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 263.900 | $ 264.000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 51.400 | $ 51.500 |
| | | | | $ 653.100 | $ 653.500 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | #0550488413390789 |
|---|---|---|---|---|---|

María Salome González

MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.018.489.402
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1015436402 | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | hospital meissen | 7426565 | us040150@uniminuto.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (EAMBS/APS) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (EAMBS/APS) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-08 | 2020-08 | I | 14/07/2020 | 44031571 | $653.500 | |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 254.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 254.000 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201 | Protección (NO + Protección) | 800225739-0 | 338.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 338.000 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 800256790-5 | 51.500 | | | | 51.500 | 0 | 0 | 51.500 | | | 515 | 51.500 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 254.000 | 254.000 |
| Pensión | 1 | 338.000 | 338.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 51.500 | 51.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 653.500 | 653.500 |

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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **14/07/2020**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARIA SALOME GONZALEZ CASTANO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1018489402**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488413390789** |
| Fecha de apertura | **14/02/2020** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V5 |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01-ago.-20 | Hasta: | 31-ago.-20 | |
| Nombre del Contratista: | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Cédula: | 1.018.489.402 | |
| Correo Electrónico: | u0401635@unimilitar.edu.co | | Teléfono(s): | 3138601524 | |
| Nombre del Supervisor 1: | RICARDO MARTINEZ GALVIS | | Cargo o Actividad: | PROFEISONAL DE ENLACE USS MEISSEN | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004204 | Año Contrato: | 2020 | C.D.P. No. | 326 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| CX. PEDIATRIA USS MEISSEN | | MEISSEN | C13ME | 186 | | $ 30.331 | $ 5.641.566 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (AUXILIAR) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 5.641.566 | CINCO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS MCTE |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 09/03/2020 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/06/2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | No. CUENTA | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2020-07-01 | 2020-08-31 | 1 | $ 10.191.216 | 1092 | 1 | | |
| 2 | 2020-09-01 | 2020-09-30 | 2 | $ 4.104.372 | 1606 | 2 | | |
| | | | | | | 3 | Marzo | $ 4.185.678 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 5.095.608 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 21.292.362 | $ 35.587.950 | $ 31.119.606 | $ 4.468.344 |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | prestar servicios profesionales como médico en las áreas de urgencias hospitalización y consulta externa de los usuarios de la subred Sur con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad seguros eficientes y humanizados y cumpliendo Cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la entidad durante el tiempo disponibilidad indicado en su propuesta | cumplir con las actividades establecidas en el servicio de urgencias, cumliendo con los estandares de calidad y oportunidad establecidos por la institucion | Historia Clinica |
| 2 | garantizar la continuidad de la atención médica Durante los procesos de ingreso valoración evaluación y formulación y egreso | brindar atencion optima durante el ingreso y hasta el egreso del paciente | Historia Clinica |
| 3 | brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA . | Historia Clinica |
| 4 | informar a las autoridades ya los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | dar informacion clara oportuna y precisa, sobre la atencion dada a los pacientes, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la institucion | Historia Clinica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | diligenciar Clara correcta y oportunamente la historia clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema información adoptado por la subred Sur con ocasión a la ejecución de lo pactado en el presente contrato | Diligenciar correctamente las historias clínicas, de acuerdo a la normatividad vigente | Historia Clínica |
| 6 | diligencia la historia clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente | diligenciamiento de la historia clínica | Supervisor |
| 7 | diligenciar correcta y oportunamente la información que exige el sistema información de la subred a fin de que los servicios prestados por el contratista pueden ser incluidos en el cobro de esta al respectivo asegurador | realizar el diligenciamieto correcta y oportunamente | Supervisor |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 5.641.566 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2020 | 7 | 2020 | 08 | 13 | 44678761 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CINCO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS MCTE

| ITEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PROTECCION | $ 2.256.626 | $ 361.100 | $ 361.200 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 282.100 | $ 282.200 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 55.000 | $ 55.000 |
| | | | | $ 698.200 | $ 698.400 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | #0550488413390789 |
|---|---|---|---|---|---|

Salome Gonzalez

MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.018.489.402
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez Galvis
Profesional Enlace

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
PROFEISONAL DE ENLACE USS MEISSEN

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018469402 | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | hospital meissen | 7426585 | ca0401635@unimilitar.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-07 | 2020-07 | I | 13/08/2020 | 44678761 | $698.400 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 282.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 282.200 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (BNG + Proteccion) | 800229739-0 | 361.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 361.200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 830903790-5 | 55.000 | | | | 55.000 | 0 | 0 | 55.000 | | | 550 | 55.000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 282.200 | 282.200 |
| Pensión | 1 | 361.200 | 361.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 55.000 | 55.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 698.400 | 698.400 |

678761

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018489402 | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | hospital meissen | 7426585 | ua0401635@unimilitar.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-07 | 2020-07 | I | 13/08/2020 | 44678761 | $698.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Departamento | Municipio | Extranjero | Cotiza en el exterior | Corrección | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1018489402 | GONZALEZ CASTAÑO MARIA SALOME | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2.257.000 | 361.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.257.000 | 282.200 | 14-11 | 2.257.000 | 3 | 55.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

46

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V5 |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01-sep.-20 | Hasta: | 30-sep.-20 | |
| Nombre del Contratista: | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Cédula: | 1.018.489.402 | |
| Correo Electrónico: | u0401635@unimilitar.edu.co | | Teléfono(s): | 3138601524 | |
| Nombre del Supervisor 1: | RICARDO MARTINEZ GALVIS | | Cargo o Actividad: | PROFEISONAL DE ENLACE USS MEISSEN | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004204 | Año Contrato: | 2020 | C.D.P. No. | 326 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| CX. PEDIATRIA USS MEISSEN | | MEISSEN | C13ME | 180 | | $ 30.331 | $ 5.459.580 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (AS CIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 5.459.580 | CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS MCTE |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 9/03/2020 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/06/2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | No. CUENTA | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2020-07-01 | 2020-08-31 | 1 | $ 10.191.216 | 1092 | 1 | | |
| 2 | 2020-09-01 | 2020-09-30 | 2 | $ 4.104.372 | 1606 | 2 | | |
| 3 | 2020-10-01 | 2020-10-31 | 3 | $ 3.812.019 | 1846 | 3 | Marzo | $ 4.185.678 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 5.095.608 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 9 | Septiembre | $ 5.459.580 |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 21.292.362 | $ 39.399.969 | $ 36.579.186 | $ 2.820.783 |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | prestar servicios profesionales como médico en las áreas de urgencias hospitalización y consulta externa de los usuarios de la subred Sur con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad seguros eficientes y humanizados y cumpliendo Cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la entidad durante el tiempo disponibilidad indicado en su propuesta | cumplir con las actividades establecidas en el servicio de urgencias, cumliendo con los estandares de calidad y oportunidad establecidos por la institucion | Historia Clinica |
| 2 | garantizar la continuidad de la atención médica Durante los procesos de ingreso valoración evaluación y formulación y egreso | brindar atencion optima durante el ingreso y hasta el egreso del paciente | Historia Clinica |
| 3 | brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA | Historia Clinica |
| 4 | informar a las autoridades ya los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | dar informacion clara oportuna y precisa, sobre la atencion dada a los pacientes, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la institucion | Historia Clinica |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11-V5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | diligenciar Clara correcta y oportunamente la historia clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema información adoptado por la subred Sur con ocasión a la ejecución de lo pactado en el presente contrato | Diligenciar correctamente las historias clínicas, de acuerdo a la normatividad vigente | Historia Clínica |
| 6 | diligencia la historia clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente | diligenciamiento de la historia clínica | Supervisor |
| 7 | diligenciar correcta y oportunamente la información que exige el sistema información de la subred a fin de que los servicios prestados por el contratista pueden ser incluidos en el cobro de esta al respectivo asegurador | realizar el diligenciamieto correcta y oportunamente | Supervisor |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 5.641.566 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2020 | 8 | 2020 | 09 | 14 | 45350547 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CINCO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS MCTE

| ÍTEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PROTECCION | $ 2.256.626 | $ 361.100 | $ 361.200 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 282.100 | $ 282.200 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 55.000 | $ 55.000 |
| | | | | $ 698.200 | $ 698.400 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | #0550488413390789 |
|---|---|---|---|---|---|

Salome Gonzalez

MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.018.489.402
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez

Profesional

C.C.

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
PROFEISONAL DE ENLACE USS MEISSEN

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1015455402 | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | hospital meissen | 7403535 | ut040720@unimilitar.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| OPCA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EXPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-08 | 2020-08 | 1 | 14/09/2020 | 45350547 | 5098 400 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 8300656-2 | 282 200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 282 200 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Subsistencia | Aporte FSP - Solidaridad | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Protección (Nit Protección) | 800229739-0 | 361200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 361 200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 830039790-5 | 55 000 | | | | 55 000 | 0 | 0 | 55 000 | | | 550 | 55 000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 282 200 | 282 200 |
| Pensión | 1 | 361 200 | 361 200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 55 000 | 55 000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 698 400 | 698 400 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1019496402 | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | hospital meissen | 7428585 | salo4021535@unicolmar.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | ERC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-08 | 2020-08 | 1 | 14/09/2020 | 45360547 | 9658.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No | Tipo | No de Identificación | Apellidos y Nombres | Depto | Ciudad | Tipo Cotizante | Subtipo | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Fondo | CAE APF | IBC APF | Cotización | Tarifa Aplicada | Tarifa Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | CAE EPS | IBC EPS | Cotización Fase UPC | CAE ARL | IBC ARL | Tarifa | Cotización | CAJA CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC Aporte parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1019496402 | GONZALEZ CASTAÑO MARIA SALOME | 50 | 0 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2 257 300 | 241 298 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS004 | 2 257 300 | 252 238 | 14-11 | 2 257 300 | 1 | 35 308 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | salud eps

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO identificado(a) con cedula ciudadania 1.018.489.402, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20200221 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Septiembre de 2.020

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

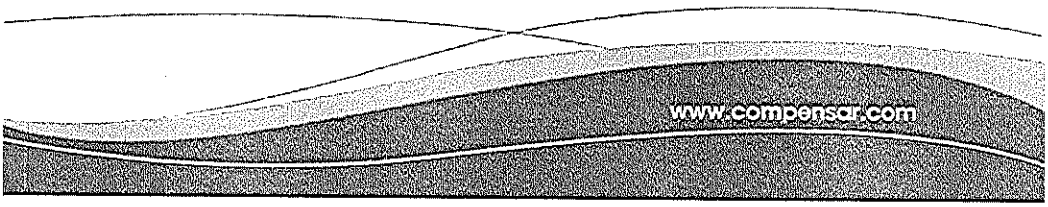
Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
14259405

CER-AFI





DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

SUIT | SIIS

001

2. Concepto: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 14683259102

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1018489402 – 3 | 6. DV | 7. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 8. Buzón electrónico: 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento: 2 Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación: 1018489402

27. Fecha expedición: 2014 10 02

Lugar de expedición: 28. País: COLOMBIA 169 | 29. Departamento: Bogotá D.C. 11 | 30. Municipio: Bogotá D.C. 001

31. Primer apellido: GONZALEZ | 32. Segundo apellido: CASTAÑO | 33. Primer nombre: MARIA | 34. Otros nombres: SALOME

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

## UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 169 | 39. Departamento: Bogotá D.C 11 | 40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: AK 20 81 38 AP 201

42. Correo electrónico: u0401635@unimilitar.edu.co | 43. Código postal: | 44. Código 1: | 45. Teléfono 1: 3138605624 | 46. Teléfono 2:

## CLASIFICACIÓN

### Actividades económicas

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8521 | 2020021 2 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código: 2 0

55. Obligación NIT

### Obligados aduaneros

64. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

65. Forma | 66. Tipo | Servicio 1 2 3 | 67. Modo | 68. GPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

## Para uso exclusivo de la DIAN

69. Anexos: SI [X] NO [ ] | 70. No. de Folios: 1 1 | 71. Firma: 2020021 2

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y verazmente cierta. En caso de consignar información falsa en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos, sancionatorios o de suspensión según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.10 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

994. Nombre: FERNANDEZ FERNANDEZ PABLO EMILIO

995. Cargo: Gestor

Fecha generación documento PDF: 12/02/2020 11:40:36AM

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V5 |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Período a Certificar: | Desde: | 01-oct.-20 | Hasta: | 31-oct.-20 | |
| Nombre del Contratista: | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Cédula: | 1.018.489.402 | |
| Correo Electrónico: | u0401635@unimilitar.edu.co | | Teléfono(s): | 3138601524 | |
| Nombre del Supervisor 1: | RICARDO MARTINEZ GALVIS | | Cargo o Actividad: | PROFEISONAL DE ENLACE USS MEISSEN | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004204 | Año Contrato: | 2020 | C.D.P. No. | 326 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| CX. PEDIATRIA USS MEISSEN | | MEISSEN | C13ME | 186 | | $ 30.331 | $ 5.641.566 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASIGNACIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 5.641.566 | CINCO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS MCTE |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 9/03/2020 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/06/2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | No. CUENTA | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2020-07-01 | 2020-08-31 | 1 | $ 10.191.216 | 1092 | 1 | | |
| 2 | 2020-09-01 | 2020-09-30 | 2 | $ 4.104.372 | 1606 | 2 | | |
| 3 | 2020-10-01 | 2020-10-31 | 3 | $ 3.812.019 | 1846 | 3 | Marzo | $ 4.185.678 |
| 4 | 2020-11-01 | 2020-11-30 | 4 | $ 8.280.363 | 2103 | 4 | Abril | $ 5.095.608 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 9 | Septiembre | $ 5.459.580 |
| | | | | | | 10 | Octubre | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 21.292.362 | $ 47.680.332 | $ 42.220.752 | $ 5.459.580 |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | prestar servicios profesionales como médico en las áreas de urgencias hospitalización y consulta externa de los usuarios de la subred Sur con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad seguros eficientes y humanizados y cumpliendo Cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la entidad durante el tiempo disponibilidad indicado en su propuesta | cumplir con las actividades establecidas en el servicio de urgencias, cumliendo con los estandares de calidad y oportunidad establecidos por la institucion | Historia Clinica |
| 2 | garantizar la continuidad de la atención médica Durante los procesos de ingreso valoración evaluación y formulación y egreso | brindar atencion optima durante el ingreso y hasta el egreso del paciente | Historia Clinica |
| 3 | brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA | Historia Clinica |
| 4 | informar a las autoridades ya los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | dar informacion clara oportuna y precisa, sobre la atencion dada a los pacientes, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la institucion | Historia Clinica |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | diligenciar Clara correcta y oportunamente la historia clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema información adoptado por la subred Sur con ocasión a la ejecución de lo pactado en el presente contrato | Diligenciar correctamente las historias clinicas, de acuerdo a la normatividad vigente | Historia Clinica |
| 6 | diligencia la historia clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente | diligenciamiento de la historia clinica | Supervisor |
| 7 | diligenciar correcta y oportunamente la información que exige el sistema información de la subred a fin de que los servicios prestados por el contratista puedan ser incluidos en el cobro de esta al respectivo asegurador | realizar el diligenciamieto correcta y oportunamente | Supervisor |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 5.459.580 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2020 | 9 | 2020 | 10 | 14 | 45986212 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS MCTE

| ITEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PROTECCION | $ 2.183.832 | $ 349.400 | $ 349.500 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 273.000 | $ 273.000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 53.200 | $ 53.200 |
| | | | | $ 675.600 | $ 675.700 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | #0550488413390789 |
|---|---|---|---|---|---|

Salome Gonzalez

MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.018.489.402
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martínez Galvis
Profesional Enlace

RICARDO MARTINEZ GALVIS
C.C. 1.023.861.770
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
PROFESIONAL DE ENLACE USS MEISSEN

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1014485402 | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Hospital mesas | 7405665 | usuario1636@unimiltar.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | I - Independiente | | | BOGOTA, D.C. | BOGOTA, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-09 | 2020-09 | 1 | 14/10/2020 | 45668212 | $275.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 273.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 273.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (NG + Proteccion) | 800229739-0 | 343.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 343.500 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 830039379-5 | 53.300 | | | | 53.300 | 0 | 0 | 53.300 | | | 533 | 53.300 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de ICBF, ESAP, MEN, SENA, FSP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 273.000 | 273.000 |
| Pensión | 1 | 343.500 | 343.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 53.300 | 53.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 670.800 | 670.800 |

1098627

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1014254422 | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | hospital meissen | 7405565 | us[illegible]@unal.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | SPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-09 | 2020-09 | I | 14/10/2020 | 45666212 | $675 800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Estudiante | Extranjero | Colombiano en el exterior | ING | RET | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | SUS | CUE | Cotizante exonerado | CÓD AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario a Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | CÓD EPS | IBC EPS | Cotización Valor UPC | CÓD ARL | IBC ARL | Nivel de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1014254422 | GONZALEZ CASTAÑO MARIA SALOME | SI | 0 | | X | | | | | | | | | | | | | | 23001 | 2 164 000 | 345 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2 164 000 | 371 000 | 14-11 | 2 164 000 | 3 | 13 000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V5 |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01-nov.-20 | Hasta: | 30-nov.-20 | |
| Nombre del Contratista: | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Cédula: | 1.018.489.402 | |
| Correo Electrónico: | u0401635@unimilitar.edu.co | | Teléfono(s): | 3138601524 | |
| Nombre del Supervisor 1: | RICARDO MARTINEZ GALVIS | | Cargo o Actividad: | PROFEISONAL DE ENLACE USS MEISSEN | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004204 | Año Contrato: | 2020 | C.D.P. No. | 326 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| CX. PEDIATRIA USS MEISSEN | | MEISSEN | C13ME | 180 | | $ 30.331 | $ 5.459.580 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD ICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 5.459.580 | CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS MCTE |

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 09/03/2020 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/06/2020 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | No. CUENTA | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2020-07-01 | 2020-08-31 | 1 | $10.191.216 | 1092 | 1 | | |
| 2 | 2020-09-01 | 2020-09-30 | 2 | $ 4.104.372 | 1606 | 2 | | |
| 3 | 2020-10-01 | 2020-10-31 | 3 | $ 3.812.019 | 1846 | 3 | Marzo | $ 4.185.678 |
| 4 | 2020-11-01 | 2020-11-30 | 4 | $ 8.280.363 | 2103 | 4 | Abril | $ 5.095.608 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 9 | Septiembre | $ 5.459.580 |
| | | | | | | 10 | Octubre | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 11 | Noviembre | $ 5.459.580 |
| | | | | | | 12 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 21.292.362 | $ 47.680.332 | $ 47.680.332 | $ - |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | prestar servicios profesionales como médico en las áreas de urgencias hospitalización y consulta externa de los usuarios de la subred Sur con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad seguros eficientes y humanizados y cumpliendo Cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la entidad durante el tiempo disponibilidad indicado en su propuesta | cumplir con las actividades establecidas en el servicio de urgencias, cumliendo con los estandares de calidad y oportunidad establecidos por la institucion | Historia Clinica |
| 2 | garantizar la continuidad de la atención médica Durante los procesos de ingreso valoración evaluación y formulación y egreso | brindar atencion optima durante el ingreso y hasta el egreso del paciente | Historia Clinica |
| 3 | brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA | Historia Clinica |
| 4 | informar a las autoridades ya los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | dar informacion clara oportuna y precisa, sobre la atencion dada a los pacientes, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Institucion | Historia Clinica |
| 5 | diligenciar Clara correcta y oportunamente la historia clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema información adoptado por la subred Sur con ocasión a la ejecución de lo pactado en el presente contrato | Diligenciar correctamente las historias clinicas, de acuerdo a la normatividad vigente | Historia Clinica |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018489402 | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | hospital meissen | 7426585 | ua0401635@unimilitar.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-10 | 2020-10 | I | 12/11/2020 | 46649730 | $698.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el exterior | Extranjero | IGE | IRT | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | DOMICILIACIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1018489402 | GONZALEZ CASTAÑO MARIA SALOME | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2.257.000 | 361.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.257.000 | 282.200 | 14-11 | 2.257.000 | 3 | 55.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V5 |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01-dic.-20 | Hasta: | 31-dic.-20 | |
| Nombre del Contratista: | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | | Cédula: | 1.018.489.402 | |
| Correo Electrónico: | u0401635@unimilitar.edu.co | | Teléfono(s): | 3138601524 | |
| Nombre del Supervisor 1: | RICARDO MARTINEZ GALVIS | | Cargo o Actividad: | PROFEISONAL DE ENLACE USS MEISSEN | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004204 | Año Contrato: | 2020 | C.D.P. No. | 326 |
| PERFIL: | MEDICO GENERAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Ocultar | | | | | | | |
| CX. PEDIATRIA USS MEISSEN | | MEISSEN | C13ME | 180 | | $ 30.331 | $ 5.459.580 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| ID PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 5.459.580 | CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS MCTE |

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 09/03/20 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/06/20 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | No. CUENTA | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2020-07-01 | 2020-08-31 | 1 | $10.191.216 | 1092 | 1 | | |
| 2 | 2020-09-01 | 2020-09-30 | 2 | $ 4.104.372 | 1606 | 2 | | |
| 3 | 2020-10-01 | 2020-10-31 | 3 | $ 3.812.019 | 1846 | 3 | Marzo | $ 4.185.678 |
| 4 | 2020-11-01 | 2020-11-30 | 4 | $ 8.280.363 | 2103 | 4 | Abril | $ 5.095.608 |
| 5 | 2020-12-01 | 2021-01-31 | 5 | $ 5.459.580 | 2370 | 5 | Mayo | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 5.277.594 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 9 | Septiembre | $ 5.459.580 |
| | | | | | | 10 | Octubre | $ 5.641.566 |
| | | | | | | 11 | Noviembre | $ 5.459.580 |
| | | | | | | 12 | Diciembre | $ 5.459.580 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 21.292.362 | $ 53.139.912 | $ 53.139.912 | $ - |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | prestar servicios profesionales como médico en las áreas de urgencias hospitalización y consulta externa de los usuarios de la subred Sur con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad seguros eficientes y humanizados y cumpliendo Cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la entidad durante el tiempo disponibilidad indicado en su propuesta | cumplir con las actividades establecidas en el servicio de urgencias, cumliendo con los estandares de calidad y oportunidad establecidos por la institucion | |
| 2 | garantizar la continuidad de la atención médica Durante los procesos de ingreso valoración evaluación y formulación y egreso | brindar atencion optima durante el ingreso y hasta el egreso del paciente | Historia Clinica |
| 3 | brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA | Historia Clinica |
| 4 | informar a las autoridades ya los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante | dar informacion clara oportuna y precisa, sobre la atencion dada a los pacientes, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la institucion | Historia Clinica |
| 5 | diligenciar Clara correcta y oportunamente la historia clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema información adoptado por la subred Sur con ocasión a la ejecución de lo pactado en el presente contrato | Diligenciar correctamente las historias clinicas, de acuerdo a la normatividad vigente | Historia Clinica |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | diligencia la historia clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente | diligenciamiento de la historia clínica | Supervisor |
| 7 | diligenciar correcta y oportunamente la información que exige el sistema información de la subred a fin de que los servicios prestados por el contratista pueden ser incluidos en el cobro de esta al respectivo asegurador | realizar el diligenciamieto correcta y oportunamente | Supervisor |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 5.459.580 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | 82788407 | | |
| 2020 | 11 | 2020 | 12 | 11 | | | |
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | | CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS MCTE | | | | | |

| ÍTEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PROTECCION | $ 2.183.832 | $ 349.400 | $ 361.200 |
| SALUD | | COMPENSAR | | $ 273.000 | $ 282.200 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 53.200 | $ 55.000 |
| | | | | $ 675.600 | $ 698.400 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | #0550488413390789 |
|---|---|---|---|---|---|

Salome Gonzalez

MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.018.489.402
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez Galvis

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
PROFESIONAL DE ENLACE USS MESSEN

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1018459432- | MARIA SALOME GONZALEZ CASTAÑO | ☑ ☐ ☐ ☐ | | |

**PERIODOS DE COTIZACION**

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO |
|---|---|---|---|
| 2020 | 11 | 2020 | 4750647 |

| NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|
| | PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐ | PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑ | 14-11 | 63 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa-mm-dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| hospital militar | BOGOTÁ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ D. C. | 11 | 7428555 | 7428555 | us0401635@unimilitar.edu.co | 8413 | 0 | 1 | 2020/12/11 | 827808407 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATORIA | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 8600566942-7 | 282.200 | 0 | | 0 | | 0 | 282.200 | 0 | 0 | 0 | 282.200 | 0 | | 0 | 0 | 282.200 | 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 | 361.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 361.200 | 1 |

## 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 |

## 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 | 860503790-5 | 55.000 | | 0 | 0 | 55.000 |
| **DIAS MORA** | **INTERES MORA COTI** | **SUBTOTAL APORT COTIZ** | **No. RADICAC SALDO A FAVOR** | **SALDO A FAVOR** | **FONDO SOLIDARIDAD** | **TOTAL A PAGAR** |
| 0 | 0 | 55.000 | | 0 | 550 | 55.000 |

## 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

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE RECLAMOS Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 361.200 | 361.200 |
| SALUD | 282.200 | 282.200 |
| RIESGOS LABORALES | 55.000 | 55.000 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 698.400 | 698.400 |

## 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 |
|---|---|---|---|

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 | SIR | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | DIAS COTIZADOS | INCAPACIDAD | LICENCIA MAT Y/O PATERNIDAD | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 1018439402 | GONZALEZ CASTAÑO MARIA SALOME | EPS008 | 230201 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2.257.000 | 2.257.000 | 0 | 2.257.000 | 0 | | | 361.200 | 0 | 0 | 282.200 | 0 |