	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 2536 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 TÍTULOS		✓		
	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				

REVISADO Y APROBADO POR: NOMBRE: Leidy Rora

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

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	Angela María Pelaez	No DE CÉDULA	53106595

Nº	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				
		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 EMITDO 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. REGISTRO DE INSCRIPCIÓN DONDE SE REALIZO EL RURAL Y TARJETA DE COLEGIATURAS				
10	LIBRETA MILITAR	HOMBRES HASTA 50 AÑOS Jóvenes : Plazo de 18 meses para traer la libreta, una vez inicio contrato				
11	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT	COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO (SIN TACHONES NI ENMENDADURAS)		✓		
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS, FISCALES Y JUDICIALES	PERSONERÍA ☑	CONTRALORÍA ☑			
		PROCURADURÍA ☑	POLICÍA ☐			
13	ANTECEDENTES PROFESIONALES EN LOS CASOS QUE APLIQUE	ABOGADOS (CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA) PROFESIONALES EN INGENIERÍA O AFINES (CONPIA)				
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) Y VISIOMETRIA(NO SUPERIOR 1 AÑO)**		✓		
		AUXILIARES DE MANTENIMIENTO	VISIOMETRIA Y AUDIOMETRÍA (NO SUPERIOR 1 AÑO) CURSO DE ALTURAS			
		TODOS CONDUCTORES	VISIOMETRIA Y AUDIOMETRÍA (NO SUPERIOR 1 AÑO) EXAMEN PSICOSENSOMETRICO			
17	VACUNAS	VACUNAS ÁREA ADMINISTRATIVA	*INFLUENZA (VIGENCIA 1 AÑO) / *SARAMPIÓN Y RUBEOLA			
		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. *INFLUENZA (VIGENCIA 1 AÑO) *SARAMPION Y RUBEOLA *VARICELA DOS DOSIS EL DÍA 0 Y EL DÍA 180. Y/O TITULACION ANTICUERPOS *TÉTANOS, 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 MOTORIZADOS RESPUESTA RÁPIDA	LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS VIGENTE LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE MOTOS VIGENTE CONSTANCIA DE COMPARENDOS SIMIT . PRIMER RESPONDIENTE (VIGENCIA 2 AÑOS) PRIMEROS AUXILIOS (VIGENCIA 2 AÑOS) CURSO COVE				
19	CONDUCTORES ADMINISTRATIVOS MENSAJERO MOTORIZADO	LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE VEHICULOS VIGENTE LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE MOTOS VIGENTE CONSTANCIA DE COMPARENDOS SIMIT . PRIMER RESPONDIENTE (VIGENCIA 2 AÑOS) EXCEPTO MENSAJERO MOTORIZADO PRIMEROS AUXILIOS (VIGENCIA 2 AÑOS) EXCEPTO MENSAJERO MOTORIZADO				
20	**TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL DEBE TENER EL CURSO DE CÓDIGO BLANCO** **(Curso de víctimas de violencia sexual) vigencia de 2 años Res 459 de 2012)**			✓		

Nº	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			
N°	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 EXCEPTO 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 EXCEPTO 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 TECNOLOGO 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 ESPECÍFICA 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 (Influeza 1 año), CURSOS radioprotección, código blanco,soporte vital básico, soporte vital avanzado, primer respondiente, primeros auxilios vigencia 2 años))						

OBSERVACIONES:

TANIA ACOSTA

NOMBRE DE QUIÉN RECEPCIONA Y VERIFICA DOCUMENTOS

FECHA:

Bogotá D.C., 7 Enero de 2020

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

DE:
Contratista prestación de Servicios

Asunto: DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Yo Angela María Pelaez identificado(a) con la C.C. No. 53.106595 de Bogotá, 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)
Medicina	Medico	23/07/2010	Universidad Antonio Nariño	

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
C.C. No. 53106595
TELEFONO 3129123553
DIRECCIÓN Calle 85 bis #99 F-20
CORREO mariapelaez@gmail.com

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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 GENERAL** 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, **ANGELA MARIN PELAEZ** identificada con **C.C. No. 53106595** 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 27 de Enero 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.**	
	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. 2536 DE 2020

CERTIFICA

Que el (la) contratista **Angela Marin Pelaez** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 53.106.595., presentó el informe de actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre febrero a febrero del año 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 Gestión Administrativa y Asistencial No. 2536 del Año 2020, con fecha de inicio 02 del año 2020, prestando sus servicios correspondientes al período reportado, conforme al objeto contractual por un valor de $2.304.000.

***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., el mes 02 de 2020.

Ricardo Martínez Galvis
Profesional Enlace
C.C. 1.023.861.770

Ricardo Martinez Galvis
Profesional de enlace USS Meissen
Supervisor

Josef Kling G.
Cirujano General
Reg. ML 7936

Josef Kling Gomez
Referente de Cirugía
Apoyo técnico a la Supervisión

***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:	feb-20	Hasta:	feb-20	
Nombre del Contratista:	ANGELA MARIN PELAEZ		Cédula:	53,106,595	
Correo Electrónico:	marinpelaez@gmail.com		Teléfono(s):	3124103553	
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 de Cirugia Subred Sur ESE	
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:	002536	Año Contrato:	2020	Fecha de Inicio Contrato:	feb-20
PERFIL:	Medico Hospitalario				

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 GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	C01ME	$ 72		$ 32,000	$ 2,304,000	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 PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2,304,000	DOS MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL PESOS MCTE ($2,304,000)

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	prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, examen físico con evolución a los	Historia clínica y exámen físico los cuales reposan en medio magnético y físico.	100%
2	Garantizar la continuidad de la atención médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egreso.	Procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, los cuales garantizan la continuidad de la atención médica, las que se encuentran soportadas mediante la historia clínica sistematizada;	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético y físico.	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.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma, consignadas en la	Historias clínicas, formulación diaria de pacientes, solicitud de exámenes médicos, remisiones,	100%
4	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veráz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético y físico	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	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclínicos, exámenes diagnósticos, remisiones, así como, la historia	Historia clínica, solicitud de exámenes, órdenes médicas, citas control, laboratorios; los	100%
6	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la normatividad legal vigente en las áreas de	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético y físico.	100%
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	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que desarrollen la misión, visión y valores de la Subred	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.	100%
			TOTAL	100%

VALOR CERTIFICADO POR EL SUPERVISOR

De acuerdo al seguimiento a las obligaciones contratadas se certifica un pago total por valor de	$2,304,000
VALOR CERTIFICADO EN LETRAS	DOS MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL PESOS MCTE ($2,304,000)

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

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3,072,000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA		
2020	01	2020	02	10		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES SETENTA Y DOS MIL PESOS MCTE ($3,072,000)

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	COLPENSIONES	$ 1,228,800	$ 196,600	$ 196,700
SALUD		FAMISANAR		$ 153,600	$ 156,300
ARL	3	SURA		$ 29,900	$ 30,000
			VALOR TOTAL DE LOS APORTES	$ 380,100	$ 383,000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA:	AHORROS	NUMERO CUENTA:	4870358746

ANGELA MARIN PELAEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53,106,595
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez Galvis
NOMBRE SUPERVISOR 1
Profesional de Enlace USS Meissen

0
NOMBRE SUPERVISOR 2
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 3
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 4
0

Josef Kling Gomez
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 1
Referente de Cirugia Subred Sur ESE

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 2
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 3
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 4
0

0
NOMBRE PROFESIONAL DE ENLACE 1
0

2020-02-13



Bienvenido(a), ANGELA MARIN PELAEZ
Lunes 10 de Febrero de 2020, 10:20 PM
Código único CUS: 561944623

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Número de Aprobación
00944623

Fecha
10/02/2020

Dirección IP
181.50.97.14

Valor transacción
$380.300,00

Referencia 1
10.0.19.58

Referencia 2
CC

Referencia 3
53106595

Esta transacción estará sujeta a verificación

Terminar Guardar PDF

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2020.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	DI-GRI-FT-07 V1

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO SARLAFT

FECHA: 24/02/2020 CIUDAD: Bogota DC DEPARTAMENTO: Bogota DC

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PÚBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	NA

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Marin	Pelaez	Angela	

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	53106395	Bogota	2003-04-30
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
12/04/1985	Bogota DC	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	1	0	3129106333
UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐				

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☒	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	CUAL: Auditoria y Garantia	Medico
	TÉCNICO ☐	TECNÓLOGO ☐	OTRO ☐			

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA
Calle 85bis #94F 20 T1 Apto 501	Bogotá	Bogota DC	Colombia	NA

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
marinpelaez@gmail.com.	NA	PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELÉFONO/FAX
NA	NA	NA	NA	

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NA	NA	NA	NA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	NA	NA	NA
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐	NO ☐	NACIONALIDAD: NA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: NA
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐	

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
	SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☐	8621	NA
	NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☐	SI ☐	NO ☐	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
Cra 60 Sur #130a-60	7653720	Bogotá	Bogotá	Colombia
CARGO ACTUAL	Médico Hospitalario	**FECHA VINCULACIÓN**		11/Nov/2021

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	NA	NA	NA	NA

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	- 0	GASTOS FAMILIARES	NA	AHORROS	NA	SALDO HIPOTECA	80.000.000
HONORARIOS	2.500.000	ARRIENDOS	NA	INVERSIONES	NA	TARJETAS DE CRÉDITO	NA
ARRIENDOS	- 0	CUOTA VEHÍCULO	NA	VEHÍCULOS	NA	DEUDA VEHÍCULOS	NA
COMISIONES	- 0	CUOTA VIVIENDA	1.300.000	PROPIEDADES	200.000.000	DEUDAS TERCEROS	NA
OTROS INGRESOS*	- 0	OTROS EGRESOS*	NA	OTROS ACTIVOS*	NA	OTROS PASIVOS*	NA
TOTAL INGRESOS	2.500.000	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS
NA	NA	NA	NA

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Coparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mendoza	Barón	Angel	Miguel
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS**	**TIPO RELACIÓN**	**TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR**
Cra 94A #168A - 50	Bogotá/Colombia	Amigo	3175930590

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
NA	NA	NA	NA	NA

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NA	NA	NA	NA	NA	NA

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL: NA

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Médico Hospitalario

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a omitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Sur E.S.E, con Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 20 # 47B -35 sur , teléfono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la E.S.E y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la E.S.E y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de Información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la E.S.E y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios , d) Las personas con las cuales la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCÀRGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC, telefono 7300000)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

1. Fecha		**2. Ciudad**	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Fecha		**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-02-10, 10:14:29 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2020
Empresa	ANGELA MARIN PELAEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 53106595
Código Sucursal (Nombre)	(.)
Referencia de Pago/ Número Planilla	1027448681
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	561944623
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 380.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 196.700	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 153.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 30.000	$ 0
		SubTotales:		$ 380.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 380.300

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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. 2536 DE 2020

CERTIFICA

Que el (la) contratista **Angela Marin Pelaez** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 53.106.595., presentó el informe de actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre 01 de Marzo al 31 de Marzo del año 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 Gestión Administrativa y Asistencial No. 2536 del Año 2020, con fecha de inicio 02 del año 2020, prestando sus servicios correspondientes al período reportado, conforme al objeto contractual por un valor de $2.688.000.

***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., el mes 03 de 2020.

Ricardo Martínez Galvis
Profesional de enlace USS Meissen
Supervisor

Josef Kling G.
Cirujano General
Reg. M.C. [illegible]

Josef Kling Gomez
Referente de Cirugía
Apoyo técnico a la Supervisión

***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

Periodo del Informe:	Desde:	01/03/2020	Hasta:	31/03/2020	
Nombre del Contratista:	ANGELA MARIN PELAEZ		Cédula:	53,106,595	
Correo Electrónico:	marinpelaez@gmail.com		Teléfono(s):	3124103553	
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 de Cirugia Subred Sur ESE	
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:	002536	Año Contrato:	2020	Fecha de Inicio Contrato:	feb-20
PERFIL:	Medico Hospitalario				

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 GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	C01ME	$ 84		$ 32,000	$ 2,688,000	100.00%
						$ -	$ -	0.00%
						$ -	$ -	0.00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC								
RURALIDAD	Mostrar					$ -	$ -	0.00%
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:	$ 2,688,000	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($2,688,000)

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	prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, examen físico con evolución a los	Historia clínica y exámen físico los cuales reposan en medio magnético y físico,	100%
2	Garantizar la continuidad de la atención médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egreso.	Procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, los cuales garantizan la continuidad de la atención médica, las que se encuentran soportadas mediante la historia clínica sistematizada;	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético y físico.	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.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma, consignadas en la	Historias clínicas, formulación diaria de pacientes, solicitud de exámenes médicos, remisiones,	100%
4	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veráz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético y físico	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	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclínicos, exámenes diagnósticos, remisiones, así como, la historia	Historia clínica, solicitud de exámenes, órdenes médicas, citas control, laboratorios; los	100%
6	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la normatividad legal vigente en las áreas de	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético y físico.	100%
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	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que desarrollen la misión, visión y valores de la Subred	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.	100%
			TOTAL	100%

VALOR CERTIFICADO POR EL SUPERVISOR

De acuerdo al seguimiento a las obligaciones contratadas se certifica un pago total por valor de	$2,688,000
VALOR CERTIFICADO EN LETRAS	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($2,688,000).

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

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2,304,000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA		
2020	02	2020	03	11		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL PESOS MCTE ($2,304,000)

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	COLPENSIONES		$ 147,500	$ 147,500
SALUD		FAMISANAR	$ 921,600	$ 115,200	$ 115,200
ARL	3	SURA		$ 22,500	$ 22,500
			VALOR TOTAL DE LOS APORTES	$ 285,200	$ 285,200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA:	AHORROS	NUMERO CUENTA:	4870358746

ANGELA MARIN PELAEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53,106,505
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez Galvis
NOMBRE SUPERVISOR 1
Profesional de Enlace USS Meissen

0
NOMBRE SUPERVISOR 2
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 3
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 4
0

Jose Kling G.
Cirujano General
Reg. MP 7...
Jose Kling Gamez
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 1
Referente de Cirugia Subred Sur ESE

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 2
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 3
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 4
0

0
NOMBRE PROFESIONAL DE ENLACE 1
0

2020-02-13

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-03-11, 01:10:49 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2020
Empresa	ANGELA MARIN PELAEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 53106595
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1028343472
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	577286089
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 285.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 147.500	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 115.200	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 22.500	$ 0
		SubTotales:		$ 285.200	$ 0
		Total a Pagar:			$ 285.200

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el aliento.

1:13 3G

davivienda.com

DAVIVIENDA

Bienvenido(a), ANGELA MARIN PELAEZ
Miércoles 11 de Marzo de 2020, 01:13 PM
Código único CUS: 577286089

Pago PSE

Resultado de su transacción

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Número de Aprobación
00286089

Fecha
11/03/2020

Dirección IP
179.18.55.188

Valor transacción
$285.200,00

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2020.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

74

39

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 2536 DE 2020

CERTIFICA

Que el (la) contratista **Angela Marin Pelaez** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 53.106.595., presentó el informe de actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre 01 de Abril al 30 de Abril del año 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 Gestión Administrativa y Asistencial No. 2536 del Año 2020, con fecha de inicio 02 del año 2020, prestando sus servicios correspondientes al período reportado, conforme al objeto contractual por un valor de $3.072.000.

***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., el mes Abril de 2020.

Ricardo Martinez Galvis
Profesional de enlace USS Meissen
Supervisor

Josef Kling G.
Cirujano General
Reg. Mé...

Josef Kling Gomez
Referente de Cirugía
Apoyo técnico a la Supervisión

***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)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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

Periodo del Informe:	Desde:	1/04/2020	Hasta:	30/04/2020	
Nombre del Contratista:	ANGELA MARIN PELAEZ		Cédula:	53.106.595	
Correo Electrónico:	marinpelaez@gmail.com		Teléfono(s):	3124103553	
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 de Cirugia Subred Sur ESE	
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:	002536	Año Contrato:	2020	Fecha de Inicio Contrato:	feb-20
PERFIL:	Medico Hospitalario				

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 GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	C01ME	$ 96		$ 32.000	$ 3.072.000	100,00%
						$ -	$ -	0,00%
						$ -	$ -	0,00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NATAL	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:	$ 3.072.000	TRES MILLONES SETENTA Y DOS MIL PESOS MCTE ($3072000,0)

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	prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clinica sistematizada, examen fisico con evolución a los	Historia clinica y exámen fisico los cuales reposan en medio magnético y fisico.	100%
2	Garantizar la continuidad de la atención médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egreso.	Procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, los cuales garantizan la continuidad de la atención médica, las que se encuentran soportadas mediante la historia clinica sistematizada;	Historia clinica los cuales reposan en medio magnético y fisico.	100%
3	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomia y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma, consignadas en la	Historias clinicas, formulación diaria de pacientes, solicitud de exámenes médicos, remisiones,	100%
4	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veráz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes	Historia clinica los cuales reposan en medio magnético y fisico	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	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclinicos, exámenes diagnósticos, remisiones, asi como, la historia	Historia clinica, solicitud de exámenes, órdenes médicas, citas control, laboratorios; los	100%
6	Diligenciar la Historia Clinica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clinica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la normatividad legal vigente en las áreas de	Historia clinica los cuales reposan en medio magnético y fisico.	100%
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	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que desarrollen la misión, visión y valores de la Subred	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.	100%
			TOTAL	100%

VALOR CERTIFICADO POR EL SUPERVISOR

De acuerdo al seguimiento a las obligaciones contratadas se certifica un pago total por valor de	$3.072.000
VALOR CERTIFICADO EN LETRAS	TRES MILLONES SETENTA Y DOS MIL PESOS MCTE ($3072000,0)

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

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.688.000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA		
2020	03	2020	04	09		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($2688000,0)

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	COLPENSIONES	$ 1.075.200	$ 172.000	$ 172.100
SALUD		FAMISANAR		$ 134.400	$ 134.400
ARL	3	SURA		$ 26.200	$ 26.200
			VALOR TOTAL DE LOS APORTES	$ 332.600	$ 332.700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA:	AHORROS	NUMERO CUENTA:	4870358746

ANGELA MARIN PELAEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53.106.595
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez Galvis
NOMBRE SUPERVISOR 1
Profesional de Enlace USS Meissen

0
NOMBRE SUPERVISOR 2
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 3
0

0
NOMBRE SUPERVISOR 4
0

Josef Kling Gomez
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 1
Referente de Cirugia Subred Sur ESE

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 2
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 3
0

0
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 4
0

0
NOMBRE PROFESIONAL DE ENLACE 1
0

2020-02-13

2:27

davivienda.com

DAVIVIENDA

Bienvenido(a), ANGELA MARIN PELAEZ
Jueves 9 de Abril de 2020, 02:27 PM
Código único CUS: 596522817

Resultado de su transacción

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Número de Aprobación
00522817

Fecha
09/04/2020

Dirección IP
186.84.28.207

Valor transacción
$332.700,00

Referencia 1
10.42.19.1

Referencia 2
CC

Referencia 3
53106595

Esta transacción estará sujeta a verificación

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2020.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-04-09, 02:25:04 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2020
Empresa	ANGELA MARIN PELAEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 53106595
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1029044107
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	596522817
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 332.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.42.20.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 172.100	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 134.400	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 26.200	$ 0
		SubTotales:		$ 332.700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 332.700

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bogotá D.C Abril 2020

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

Referencia: Decreto 568 del 15 abril de 2020, Articulo 9.

Teniendo en cuenta que mediante Decreto 568 del 15 de abril de 2020, se creó el "*impuesto solidario por el COVID 19, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica dispuesto en el Decreto Legislativo 417 de 2020*", adicionalmente en el artículo 9° del mismo se estipuló que "*las personas naturales vinculadas mediante Contrato De Prestación De Servicios Profesionales y de Apoyo A La Gestión pública, con salarios y honorarios mensuales periódicos inferiores a diez millones de pesos ($10.000.000), podrán efectuar un aporte mensual solidario voluntario.....* "

Aunado a lo anterior, YO Angela Maria Peláez
identificado con C.C 53106595 como persona natural vinculada mediante contrato de prestación de servicios, deseo manifestar que SI ____ NO X realizare el aporte mensual solidario voluntario por el COVID19 en los meses de mayo, junio y julio de 2020.

Atentamente

Angela Maria Peláez
NOMBRE

CC 53.106.595 Bogotá.
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO

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

127

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 2536 DE 2020

CERTIFICA

Que el (la) contratista **Angela Marin Pelaez** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 53.106.595., presentó el informe de actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre 01 de Mayo al 31 de Mayo del año 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 Gestión Administrativa y Asistencial No. 2536 del Año 2020, con fecha de inicio 02 del año 2020, prestando sus servicios correspondientes al período reportado, conforme al objeto contractual por un valor de $2.688.000.

***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.

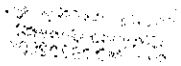
Dado en Bogotá, D.C., el mes Mayo de 2020.

Josef Kling G.
Cirujano General
Reg. MD-79302601

Ricardo Martínez Galvis
Profesional de enlace USS Meissen
Supervisor

Josef Kling Gomez
Referente de Cirugía
Apoyo técnico a la Supervisión

***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

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:	ANGELA MARIN PELAEZ		**Cédula:**	53,106,595	
Correo Electrónico:	marinpelaez@gmail.com		**Teléfono(s):**	3124103553	
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 de Cirugia Subred Sur ESE	
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:	002536	**Año Contrato:**	2020	**Fecha de Inicio Contrato:**	feb-20
PERFIL:	Medico Hospitalario				

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 GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	C01ME	$ 84		$ 32,000	$ 2,688,000	100.00%
						$ -	$ -	0.00%
						$ -	$ -	0.00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC								
RURALIDAD	Mostrar					$ -	$ -	0.00%
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:	$ 2,688,000	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($2,688,000)

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	prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, examen físico con evolución a los	Historia clínica y exámen físico los cuales reposan en medio magnético y físico.	100%
2	Garantizar la continuidad de la atención médica durante los procesos de ingreso, valoración, evaluación, formulación y egreso.	Procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, los cuales garantizan la continuidad de la atención médica, las que se encuentran soportadas mediante la historia clínica sistematizada;	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético y físico.	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.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma, consignados en la	Historias clínicas, formulación diaria de pacientes, solicitud de exámenes médicos, remisiones,	100%
4	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veráz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético y físico	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	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclínicos, exámenes diagnósticos, remisiones, así como, la historia	Historia clínica, solicitud de exámenes, órdenes médicas, citas control, laboratorios; los	100%
6	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la normatividad legal vigente en las áreas de	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético y físico.	100%
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	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo ostas las que desarrollen la misión, visión y valores de la Subred	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.	100%
			TOTAL	100%

VALOR CERTIFICADO POR EL SUPERVISOR

De acuerdo al seguimiento a las obligaciones contratadas se certifica un pago total por valor de	$2,688,000
VALOR CERTIFICADO EN LETRAS	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($2,688,000)

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

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3,072,000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA		
2020	04	2020	05	11		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	TRES MILLONES SETENTA Y DOS MIL PESOS MCTE ($3,072,000)

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	COLPENSIONES		$ 196,600	$ 196,700
SALUD		FAMISANAR	$ 1,228,800	$ 153,600	$ 153,600
ARL	3	SURA		$ 29,900	$ 30,000
			VALOR TOTAL DE LOS APORTES	$ 380,100	$ 380,300

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA:	AHORROS	NUMERO CUENTA:	4870358746

ANGELA MARIN PELAEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53,106,595
CC. NO. CONTRATISTA

Josef King Gomez
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN 1
Referente de Cirugia Subred Sur ESE

Josef King Gomez
Cirujano General
Reg. MD 79202601

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

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-05-11, 01:32:58 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2020
Empresa	ANGELA MARIN PELAEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 53106595
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1029714961
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	622456921
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 380.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 196.700	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 153.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 30.000	$ 0
		SubTotales:		$ 380.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 380.300

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
622456921

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
11/05/2020

Número de aprobación
00456921

Dirección IP
190.184.205.66

Valor transacción
$ 380.300,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.42.17.1	CC	53106595

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

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-jun.-20	Hasta:	30-jun.-20	
Nombre del Contratista:	Angela Marin Polaez		Cédula:	53,106,595	
Correo Electrónico:	marinpelaez@gmail.com		Teléfono(s):	3124103553	
Nombre del Supervisor 1:	Ricardo Martinez Galvis		Cargo o Actividad:	Profesional de Enlace USS Meissen	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002536	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	279
PERFIL:	Medico Hospitalario				

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 GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	C01ME	84		$ 32,000	$ 2,688,000	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 (A[illegible]ICIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2,688,000	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	15/02/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-02-16	2020-06-30	1	$13,392,000	326	1		
						2	Febrero	$ 2,304,000
						3	Marzo	$ 2,688,000
						4	Abril	$ 3,072,000
						5	Mayo	$ 2,688,000
						6	Junio	$ 2,688,000
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1,488,000	$ 14,880,000	$ 13,440,000	$ 1,440,000

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 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	prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica	Historia clínica y exámen físico los cuales reposan en medio magnético
2	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades	Historias clínicas, formulación diaria de pacientes, solicitud de exámenes médicos, remisiones, epicrisis, los cuales reposan en
3	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veráz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades procedimientos evolución diaria de pacientes	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético.
4	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.	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclínicos, exámenes	Historia clínica, solicitud de exámenes, órdenes médicas, citas control, laboratorios; los cuales reposan en medio magnético
5	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético.
6	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	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.
7			

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 V5

8			
9			
10			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2020	5	2020	06	05	1030365244		$ 2,688,000

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL 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	COLPENSIONES	$ 1,075,200	$ 172,000	$ 32,300
SALUD		FAMISANAR		$ 134,400	$ 134,400
ARL	3	SURA ARL		$ 26,200	$ 26,200
				$ 332,600	$ 192,900

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870358746

Angela Marin Pelaez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53,106,595
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez Galvis
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
Profesional de Enlace USS Meissen

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-06-05, 06:35:58 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2020
Empresa	ANGELA MARIN PELAEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 53106595
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1030365244
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	645726218
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 192.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.42.17.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 32.300	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 134.400	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 26.200	$ 0
		SubTotales:		$ 192.900	$ 0
		Total a Pagar:			$ 192.900

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
645726218

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
05/06/2020

Número de aprobación
00726218

Dirección IP
186.154.187.221

Valor transacción
$ 192.900,00

Referencia 1
10.0.19.58

Referencia 2
CC

Referencia 3
53106595

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

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:	Angela Marin Pelaez			Cédula:	53.106.595
Correo Electrónico:	marinpelaez@gmail.com			Teléfono(s):	3124103553
Nombre del Supervisor 1:	Ricardo Martinez Galvis			Cargo o Actividad:	Profesional de Enlace USS Meissen

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002536	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	279
PERFIL:	Medico Hospitalario				

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 GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	C01ME	84		$ 32.000	$ 2.688.000	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							
PAR[illegible]PACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (A[illegible]CIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2.688.000	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	15/02/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-02-16	2020-06-30	1	$ 13.392.000	326	1		
2	2020-07-01	2020-08-21	1	$ 4.320.000	1092	2	Febrero	$ 2.304.000
						3	Marzo	$ 2.688.000
						4	Abril	$ 3.072.000
						5	Mayo	$ 2.688.000
						6	Junio	$ 2.688.000
						7	Julio	$ 2.688.000
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.488.000	$ 19.200.000	$ 16.128.000	$ 3.072.000

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 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	prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica	Historia clínica y exámen físico los cuales reposan en medio magnético
2	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad.	Desarrollo de actividades medicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades	Historias clínicas, formulación diaria de pacientes, solicitud de exámenes médicos, remisiones, epicrisis, los cuales reposan en
3	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veraz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético.
4	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.	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclínicos, exámenes	Historia clínica, solicitud de exámenes, órdenes médicas, citas control, laboratorios; los cuales reposan en medio magnético.

5	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético.
6	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	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.
7			
8			
9			
10			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.688.000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	1031121077		
2020	6	2020	07	09			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL 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	COLPENSIONES	$ 1.075.200	$ 172.000	$ 172.100
SALUD		FAMISANAR		$ 134.400	$ 134.400
ARL	3	SURA ARL		$ 26.200	$ 26.200
				$ 332.600	$ 332.700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870358746

Angela Marin Polaez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53.106.595
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez Galvis
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
Profesional de Enlace USS Meissen

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **16/07/2020**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANGELA MARIN PELAEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **53106595**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570004870358746**
Fecha de apertura	**17/11/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
677914192

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
09/07/2020

Número de aprobación
00914192

Dirección IP
190.24.28.79

Valor transacción
$ 332.700,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.42.18.1	CC	53106595

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-07-09, 09:29:16 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2020
Empresa	ANGELA MARIN PELAEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 53106595
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1031121077
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	677914192
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 332.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.42.17.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 172.100	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 134.400	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 26.200	$ 0
		SubTotales:		$ 332.700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 332.700

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la

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:	Angela Marin Pelaez		Cédula:	53,106,595	
Correo Electrónico:	marinpelaez@gmail.com		Teléfono(s):	3124103553	
Nombre del Supervisor 1:	Ricardo Martinez Galvis		Cargo o Actividad:	Profesional de Enlace USS Meissen	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002536	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	279
PERFIL:	Medico Hospitalario				

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 GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	C01ME	84		$ 32,000	$ 2,688,000	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:	$ 2,688,000	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	15/02/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-02-16	2020-06-30	1	$13,392,000	326	1		
2	2020-07-01	2020-08-31	1	$ 4,320,000	1092	2	Febrero	$ 2,304,000
						3	Marzo	$ 2,688,000
						4	Abril	$ 3,072,000
						5	Mayo	$ 2,688,000
						6	Junio	$ 2,688,000
						7	Julio	$ 2,688,000
						8	Agosto	$ 2,688,000
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1,488,000	$ 19,200,000	$ 18,816,000	$ 384,000

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 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	prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica	Historia clínica y exámen físico los cuales reposan en medio magnético
2	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades	Historias clínicas, formulación diaria de pacientes, solicitud de exámenes médicos, remisiones, epicrisis, los cuales reposan en
3	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veráz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético,
4	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.	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclínicos, exámenes	Historia clínica, solicitud de exámenes, órdenes médicas, citas control, laboratorios; los cuales reposan en medio magnético
5	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético.
6	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	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.
7			

ALCALDÍA 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

8			
9			
10			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2,688,000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2020	7	2020	08	10	1031791679		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL 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	COLPENSIONES	$ 1,075,200	$ 172,000	$ 172,100
SALUD		FAMISANAR		$ 134,400	$ 134,400
ARL	3	SURA ARL		$ 26,200	$ 26,200
				$ 332,600	$ 332,700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870358746

Angela Maria Pelaez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53,106,595
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez Galvis
Profesional Enlace
C.C. 1.020.
Ricardo Martinez Galvis
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
Profesional de Enlace USS Meissen

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-08-10, 04:20:28 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2020
Empresa	ANGELA MARIN PELAEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 53106595
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1031791679
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	708077062
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 332.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.42.17.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 172.100	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 134.400	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 26.200	$ 0
		SubTotales:		$ 332.700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 332.700

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
708077062

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
10/08/2020

Número de aprobación
00077062

Dirección IP
186.29.235.255

Valor transacción
$ 332.700,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.42.16.1	CC	53106595

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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-oct.-20	Hasta:	31-oct.-20	
Nombre del Contratista:	Angela Marin Pelaez		Cédula:	53,106,595	
Correo Electrónico:	marinpelaez@gmail.com		Teléfono(s):	3124103553	
Nombre del Supervisor 1:	Ricardo Martinez Galvis		Cargo o Actividad:	Profesional de Enlace USS Meissen	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002536	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	279
PERFIL:	Medico Hospitalario				

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 GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	C01ME	84		$ 32,000	$ 2,688,000	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 (ASCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES: $ 2,688,000 — DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	15/02/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-02-16	2020-06-30	1	$13,392,000	326	1		
2	2020-07-01	2020-08-31	2	$ 4,320,000	1092	2	Febrero	$ 2,304,000
3	2020-09-01	2020-09-30	3	$ 1,488,000	279	3	Marzo	$ 2,688,000
4	2020-10-01	2020-10-31	4	$ 1,152,000	1846	4	Abril	$ 3,072,000
5	2020-11-01	2020-11-30	5	$ 4,032,000	2103	5	Mayo	$ 2,688,000
						6	Junio	$ 2,688,000
						7	Julio	$ 2,688,000
						8	Agosto	$ 2,688,000
						9	septiembre	$ 2,688,000
						10	Octubre	$ 2,688,000
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1,488,000	$ 25,872,000	$ 24,192,000	$ 1,680,000

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 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	prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur archivadas en la historia clínica	Historia clínica y exámen físico los cuales reposan en medio magnético
2	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades	Historias clínicas, formulación diaria de pacientes, solicitud de exámenes médicos, remisiones, epicrisis, los cuales reposan en
3	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veráz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades procedimientos evolución diaria de pacientes	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético.
4	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.	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclínicos, exámenes	Historia clínica, solicitud de exámenes, órdenes médicas, citas control, laboratorios; los cuales reposan en medio magnético
5	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur archivadas en la misma según la	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético.
6	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	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.
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

8			
9			
10			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2,688,000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2020	9	2020	10	09	13476831		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL 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	COLPENSIONES	$ 1,075,200	$ 172,000	$ 172,100
SALUD		FAMISANAR		$ 134,400	$ 134,400
ARL	3	SURA ARL		$ 26,200	$ 26,200
				$ 332,600	$ 332,700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870358746

Angela Marin Pelaez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53,106,595
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martínez Galvis
Profesional de Enlace
C.C. 93386177
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
Profesional de Enlace USS Meissen

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-10-09, 04:03:58 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2020
Empresa	ANGELA MARIN PELAEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 53106595
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1033089710
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	767606072
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 332.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.42.17.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 172.100	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 134.400	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 26.200	$ 0
		SubTotales:		$ 332.700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 332.700

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el aliado

4:06 LTE

davivienda.com

DAVIVIENDA

Bienvenido(a), ANGELA MARIN PELAEZ
Viernes 9 de Octubre de 2020, 04:06 PM
Código único CUS: 767606072

Resultado de su transacción

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Número de Aprobación
00606072

Fecha
09/10/2020

Dirección IP
179.18.23.199

Valor transacción
$332.700,00

Referencia 1
10.0.19.58

Referencia 2
CC

Referencia 3
53106595

Esta transacción estará sujeta a verificación

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2020.

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:	Angela Marin Pelaez		Cédula:	53.106.595	
Correo Electrónico:	marinpelaez@gmail.com		Teléfono(s):	3124103553	
Nombre del Supervisor 1:	Ricardo Martinez Galvis		Cargo o Actividad:	Profesional de Enlace USS Meissen	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002536	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	279
PERFIL:	Medico Hospitalario				

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 GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	C01ME	84		$ 32.000	$ 2.688.000	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 (ANCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2.688.000	DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	15/02/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-02-16	2020-06-30	1	$ 13.392.000	326	1		
2	2020-07-01	2020-08-31	2	$ 4.320.000	1092	2	Febrero	$ 2.304.000
3	2020-09-01	2020-09-30	3	$ 1.488.000	279	3	Marzo	$ 2.688.000
4	2020-10-01	2020-10-31	4	$ 1.152.000	1846	4	Abril	$ 3.072.000
5	2020-11-01	2020-11-30	5	$ 4.032.000	2103	5	Mayo	$ 2.688.000
6	2020-12-01	2021-01-31	6	$ 3.072.000	2370	6	Junio	$ 2.688.000
						7	Julio	$ 2.688.000
						8	Agosto	$ 2.688.000
						9	septiembre	$ 2.688.000
						10	Octubre	$ 2.688.000
						11	Noviembre	$ 2.688.000
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.488.000	$ 28.944.000	$ 26.880.000	$ 2.064.000

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 medico 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	prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica	Historia clínica y exámen físico los cuales reposan en medio magnético
2	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad.	Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades	Historias clínicas, formulación diaria de pacientes, solicitud de exámenes médicos, remisiones, epicrisis, los cuales reposan en
3	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veraz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes;	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético.
4	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.	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclínicos, exámenes diagnósticos, remisiones ,así como la historia clínica de los pacientes en	Historia clínica, solicitud de exámenes, órdenes médicas, citas control, laboratorios; los cuales reposan en medio magnético.

5	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético.
6	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.	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que desarrollen la misión, visión y valores de la Subred Sur E.S.E.	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.
7			
8			
9			
10			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA		
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA		VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.688.000
2020	10	2020	11	10	1033716345		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL 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	COLPENSIONES	$ 1.075.200	$ 172.000	$ 172.100
SALUD		FAMISANAR		$ 134.400	$ 134.400
ARL	3	SURA ARL		$ 26.200	$ 26.200
				$ 332.600	$ 332.700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870[illegible]46

Angela Marin Pelaez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53.106.595
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez Galvis
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
Profesional de Enlace USS Meissen

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION

2020-06-12

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-11-10, 02:24:58 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2020
Empresa	ANGELA MARIN PELAEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 53106595
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1033716345
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	795861418
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 332.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 172.100	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 134.400	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 26.200	$ 0
			SubTotales:	$ 332.700	$ 0
			Total a Pagar:		$ 332.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	30
	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:	Angela Marin Pelaez		Cédula:	53.106.595
Correo Electrónico:	marinpelaez@gmail.com		Teléfono(s):	3124103553
Nombre del Supervisor 1:	Ricardo Martinez Galvis		Cargo o Actividad:	Profesional de Enlace USS Meissen

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002536	Año Contrato:	2020	C.D.P. No.	279
PERFIL:	Medico Hospitalario				

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 GENERAL - USS MEISSEN		MEISSEN	C01ME	96		$ 32.000	$ 3.072.000	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 PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.072.000	TRES MILLONES SETENTA Y DOS MIL PESOS MCTE						

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	15/02/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	No. CUENTA	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-02-16	2020-06-30	1	$ 13.392.000	326	1		
2	2020-07-01	2020-08-31	2	$ 4.320.000	1092	2	Febrero	$ 2.304.000
3	2020-09-01	2020-09-30	3	$ 2.496.000	279	3	Marzo	$ 2.688.000
4	2020-10-01	2020-10-31	4	$ 1.152.000	1846	4	Abril	$ 3.072.000
5	2020-11-01	2020-11-30	5	$ 4.032.000	2103	5	Mayo	$ 2.688.000
6	2020-12-01	2021-01-31	6	$ 3.072.000	2370	6	Junio	$ 2.688.000
						7	Julio	$ 2.688.000
						8	Agosto	$ 2.688.000
						9	septiembre	$ 2.688.000
						10	Octubre	$ 2.688.000
						11	Noviembre	$ 2.688.000
						12	Diciembre	$ 3.072.000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.488.000	$ 29.952.000	$ 29.952.000	$ -

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 medico 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	prestacion de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica	Historia clínica y exámen físico los cuales reposan en medio magnético
2	Brindar asistencia en los procedimientos propios de la atención médica con plena autonomía y pertinencia, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad.	Desarrollo de actividades medicas asistenciales de forma pertinente, propias de la especialidad con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades	Historias clinicas, formulación diaria de pacientes, solicitud de exámenes médicos, remisiones, epicrisis, los cuales reposan en
3	Informar a las autoridades y a los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante.	Brindar de manera oportuna pertinente y veraz, información tanto a familiares, paciente y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes	Historia clinica los cuales reposan en medio magnético.
4	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.	Diligenciamiento adecuado de certificados de nacimiento, defunción, epicrisis, fórmulas médicas de hospitalización y plan de manejo externo, solicitud de citas de control de consulta externa, paraclinicos, exámenes	Historia clinica, solicitud de exámenes, órdenes médicas, citas control, laboratorios; los cuales reposan en medio magnético.

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

5	Diligenciar la Historia Clínica cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente.	Diligenciamiento de la historia clínica sistematizada siguiendo los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la misma según la	Historia clínica los cuales reposan en medio magnético.
6	Diligenciar correcta y oportunamente la información que exija el sistema de información de la Subred y demas documentos requeridos en el servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente, a fin de que los servicios prestados por el	Diligenciamiento de manera correcta y oportuna según procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur y/o Talento Humano, siendo estas las que	Talento Humano, Subdirección hospitalarios, calidad.
7			
8			
9			
10			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.688.000
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2020	11	2020	12	07	1034231869		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL 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	COLPENSIONES	$ 1.075.200	$ 172.000	$ 172.100
SALUD		FAMISANAR		$ 134.400	$ 134.400
ARL	3	SURA ARL		$ 26.200	$ 26.200
				$ 332.600	$ 332.700

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870358746

Angela Marin Pelaez
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53.106.595
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martinez Galvis
Profesional Enlace
NOMBRE DEL SUPERVISOR 1
Profesional de Enlace USS Meissen

Vo. Bo. APOYO A LA SUPERVISION
2020-06-12

Simple.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-12-07, 11:29:09 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2020
Empresa	ANGELA MARIN PELAEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 53106595
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1034231869
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	823933179
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 332.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 172.100	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 134.400	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 26.200	$ 0
		SubTotales:		$ 332.700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 332.700

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
823933179

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
07/12/2020

Número de aprobación
00933179

Dirección IP
186.29.87.232

Valor transacción
$ 332.700,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.19.58	CC	53106595

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA