Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

1

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARTHA LUCILA FORERO NIÑO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51595188							
CORREO ELECTRONICO:	marthalforeron@hotmail.com				CELULAR:	3005523974							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS PATIO BONITO TINTAL												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PLAN CANGURO				SEDE:								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11J16	100,00%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	1670023447								PENSIONADO	SI			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2249-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12 de 12				
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	59529	FECHA	31/12/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Pediatria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$11.115.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$129.114.060
VALOR EJECUTADO	$126.762.545
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11.115.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.351.515
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194.508 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.,

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
47731520	$4.300.000,00	$537.500		3	$104.748	**$642.248**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Enereo del año dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Aura Alejandra Murcia P

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E) Y FIRMA DEL SUPERVISOR

Martha L Forero N

MARTHA LUCILA FORERO NIÑO

NOMBRE COMPLETO y FIRMA DEL CONTRATISTA

La pestaña le indica la sede

Según el área centro de costo % actividades

Relaciona el primer número del pago 1er. Por 3 meses de cto. o nuevos tener en cuenta

Mes Corresponda

Valor total Contrato

suma lo que le han pagado y le van a pagar

Repite el valor que le van a pagar este mes

Siempre va cero

formula

formula

TENER POR FAVOR EN CUENTA ESTE VALOR PARA AÑO- 2017

Estas columnas van formuladas todas

Sur

Fontibon

Según el área centro de costo % actividades

Relaciona el primer número del pago 1er. Por 3 meses de cto.

Mes Corresponda

VALOR EN NÚMEROS DE LO QUE LE VAN A PAGAR EN EL MES

Valor total Contrato

suma lo que le han pagado y le van a pagar

Repite el valor que le van a pagar este mes

Siempre va cero

formula

formula

TENER POR FAVOR EN CUENTA ESTE VALOR PARA AÑO- 2017

Estas columnas van formuladas

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Pediatría - Programa Canguro -USS PATIO BONITO TINTAL		Sede: KE10							
No. DE CONTRATO:	2249-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	ENERO	2.021		31	ENERO	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FORERO NIÑO MARTHA LUCILA		C. C.	51.595.188		DE	Bogotá			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como NEONATOLOGA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Atención al paciente de programa canguro, de manera opotuna,eficiente y eficaz -incluyendo los controles respectivos hasta el año, valorando y evolucionando cada estado del mismo.	100%	Atendí al Recién Nacido Prematuro valorando y evolucionando cada control con registro en la H.C.	Registros de valoración y evolución en la Historia Clínica
Diligenciar las Historias Clínicas correspondientes manteniendo el orden	100%	Teniendo en cuenta las normas para el orden correcto, se realiza el registro de atención al paciente en cada H.C.	La Historia Clínica
Ordenamiento e interpretación de Laboratorios clínicos, Imagenologicos y especializados anotando su interpretación en las historias.	100%	Se valora e interpreta y registra los laboratorios clínicos e imageniologicos especializados en cada H.C.	La Historia Clínica
Solicitar y dar respuesta a Interconsultas de otras especialidades	100%	Resolución de interconsultas oportunamente	Registro de la Interconsulta en la H.C
Actividades Académicas con los Internos rotatorios, Estudiantes Y residentes de Pediatría.	0%	Se realizó al personal en formación (Estudiantes,Internos y Residentes).	Certificados y notas de evaluación en la rotación Docente - Asistencial.
Valorar individualmente a cada paciente sus paraclinicos y tomar conductas	100%	Se valora integralmente a cada paciente.	Registro de todo el proceso en la H.C.
Dar informe completo a los familiares de cada paciente.	100%	En cada consulta se da información a los familiares	Se deja constancia en la H.C. de la información dada a los familiares.
Participar en reuniones interdisciplinarias de carácter asistencial	100%	De acuerdo a las necesidades requeridas por el servico, se realizarón reuniones para el mejoramiento continuo	Se conformó grupos de trabajo
Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	100%	Se cumple con lo estipulado en este Item	Optimización de recursos
Anexar la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contrato mensualmente. No obstante lo anterior, el CONTRATISTA responderá civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los	100%	Cumplir con entregar la constancia de afiliación al SGSSS, con el que se ejecuta el contrato mensualmente.	Copia de la planilla de pago del SGSSS, del mes certificado.
Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento. rendir los informes que requiera el Interventor del contrato o las diferentes áreas del hospital lo cual es básico para la firma de la interventoría	100%	Atendí con responsabilidad el reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, realizando procedimientos seguros de trabajo.	Ejecución de procedimientos seguros de trabajo en las actividades realizadas dentro del el reglamento de higiene y seguridad
Responder en forma oportuna las solicitudes de los usuarios y los demás entes de la Institución.	100%	Se responde si a esto hay lugar y son atribuibles a la prestación del servicio del contrato pactado.	Estaré atenta si se presenta
	100%	Se avisa oportunamente al interventor, para sus correctivos	Aplica si se hace necesario
Ejercer las demás obligaciones afines al objeto de la contratación.	100%	Atenderé obligaciones a fines al objeto de la contratación	Aplica de acuerdo al objeto del contrato

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $11.115.780. ONCE MILLONES CIENTO QUINCE MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MONEDA CORRIENTE

Martha L Forero N

MARTHA LUCILA FORERO NIÑO C.C. 51.595.188

Nombre Completo,Cédula y Firma del Contratista:

Fecha : /Enero2 021 Firma de recibido

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ € Supervisor

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARTHA LUCILA FORERO NIÑO

C.C 51.595.188

La suma de $11.115,780 (Once millones ciento quince mil setecientos ochenta pesos moneda corriente), por concepto de: Prestar servicios Profesionales especializados asistenciales en el área de Pediatría dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de Enero 2.021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2249-2020

Martha L Forero N

MARTHA LUCILA FORERO NIÑO

C.C. 51.595.188

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 001670023447

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51595188	MARTHA LUCILA FORERO NIÑO	cra 21 N 133-85 casas 6	2588382	marthaloreron@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	05/01/2021	47731520	$668.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	537.500	0		0		0	0	0	0	537.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	104.800				104.800	0	0	104.800			1.048	104.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	25.800	0	0	25.800	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	537.500	537.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	104.800	104.800
CCF	1	25.800	25.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	668.100	668.100

PAGADA
47731520

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51595188	MARTHA LUCILA FORERO NIÑO		cra 21 N 133-85 casas 6	2588382	marthalforeron@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	05/01/2021	47731520	$668.100	

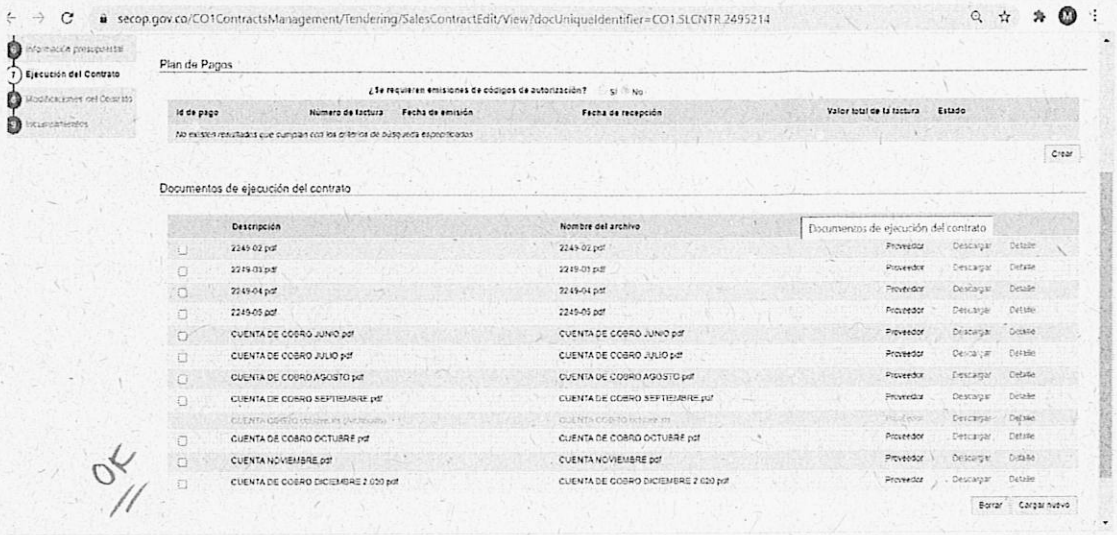
DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51595188	FORERO NIÑO MARTHA LUCILA	59	2			N																		0	0	0	0	0	0	MIN002	4.300.000	537.500	14-11	4.300.000	3	104.800	CCF24	4.300.000	25.800	0	0	0	0	0

DK.

PAGADA

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


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.2495214
Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Documentos de ejecución del contrato
2249-02.pdf
2249-01.pdf
2249-04.pdf
2249-05.pdf
CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf
CUENTA DE COBRO JULIO.pdf
CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf
CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf
CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf
CUENTA NOVIEMBRE.pdf
CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2 020.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo