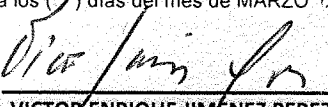
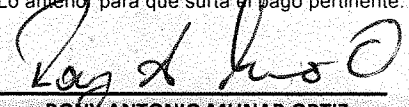


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			RONY ANTONIO MUNAR ORTIZ									
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C.	X	C.E.	NO.			1.129.577.053			
CORREO ELECTRONICO:			RONNYAMO24@GMAIL.COM			CELULAR:			3017842858			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						KE10						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			Urgencias			SEDE:			Kennedy			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10B01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:			AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			.004870388107						PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			4339-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3			
NÚMERO DE CDP		30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP		13330	FECHA	31/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:			PROFESIONAL EN MEDICINA									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
					1	3	2021		31	3	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$6.827.712						
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0				
OBSERVACIONES: HRS 192												
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO												
CONCEPTO								VALORES				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$19.171.764				
VALOR EJECUTADO								\$13.228.692				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$6.827.712				
VALOR A LIBERAR								\$0				
SALDO POR EJECUTAR								\$5.943.072				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								69%				
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:												
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, 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						
49155251	\$2.560.392,00	\$320.049	\$409.663	3	\$62.371	\$792.083						
Dado en Bogotá a los () días del mes de MARZO del año Dos mil veinti y uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.												
 VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 RONY ANTONIO MUNAR ORTIZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA						



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 3/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud E.S.E.

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	4339-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	3	2021		31	3	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RONY ANTONIO MUNAR ORTIZ		C. C.	1.129.577.053			DE	BARRANQUILLA	

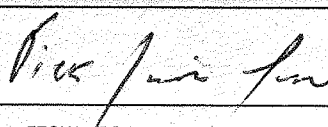
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PROFESIONAL EN MEDICINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.	100	Valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades.	Libro de recibo y entrega de turno.
Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.	100	Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.	Lista de programación de actividades.
Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.	100	Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.	Historia clínica manual.
Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.	100	Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria.	Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología.
Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.	100	Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.	Historia clínica manual.
Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.	100	Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato.	Sistema de PQRS
Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.	100	Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes.	Casos atendidos dentro del turno.
Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.	100	Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.	Listas de asistencia a reuniones del área.
Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área (monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.	100	Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio.	Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.
Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica.	100	Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares.	Historia clínica manual.

OBSERVACIONES: HRS 192

TOTAL A PAGAR : \$6.827.712 (SEIS MILLONES OCHOSIENTOS VEINTI Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/cte)

 RONY ANTONIO MUNAR ORTIZ	 FECHA /DD/MM/AAAA FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR:
---	---

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1129577053	RONY ANTONIO MUJANA ORTIZ	CALLE 8 SUR 70 80	3017942858	RONNYAMO24@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	NO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/ANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-02	2021-02	1	08/03/2021	49155251	TOTAL A PAGAR \$1.097.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS037	Nueva EPS	900156254-2	443.400	0	0	0	0	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230301	Poverir	800224808-8	567.500	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor				
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	86.400			86.400	0	0	1

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

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	No. Afiliados
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
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	443.400	443.400
Pension	1	567.500	567.500
Riesgos Laborales	1	86.400	86.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.097.300	1.097.300

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL. LEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR:	
2021-02	2021-02	1	08/03/2021	491595251	\$1.097.300	

A vertical strip of a book cover featuring a repeating geometric pattern. The pattern consists of large, stylized triangles and circles in a light gray color, set against a white background. The design is minimalist and modern.

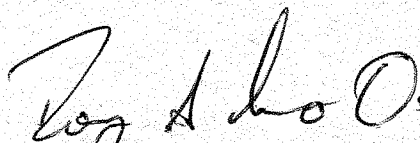
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										FENOM.					SAUID					RIESGOS LABORALES					CCF			PARAFISCALES					
No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Bolívares	Estranjero	Colon, exterior	ING	RET	TDE	TAE	TOP	VSP	VST	SLN	IQE	LMA	VAC	AVP	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IIC AFP	Catención o Alivio	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solididad	Fondo de subsidencia	Cód. EPS	IBC EPS	Catención/ Valor UPC	Cód. ART	IBC ART	Clase de Riesgo	Catización CCF	Código IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte ICAP	Aporte ESAP	Aporte MEN		
CI 112977053	MUÑOZ ORTIZ RONY ANTONIO				59	0	N															230301	3.546.788	567.300	0	0	0	0	EPSC037	3.546.788	443.400	14-23	3.546.788	?	06-400	0	0	0	0	0	0	0	0

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

RONY ANTONIO MUNAR ORTIZ
C.C 1129577053 DE BARRANQUILLA

La suma de (SEIS MILLONES OCHOSIENTOS VEINTI Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/cte) (6.827.712), por concepto de: prestación de servicios como médico general en el área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 01 al 31 de marzo de 2021 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4339-2021.



RONY ANTONIO MUNAR ORTIZ

C.C 1129577053 DE BARRANQUILLA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 4870388107

