MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA

INFORME DE GESTIÓN

1. CONTRATISTA	Nombre completo: LINA PAOLA MORANTES VASQUEZ **Identificación: C.C. Nº 46.456.004 de Duitama** Nacionalidad: COLOMBIANA Dirección: Calle11 A N°32-30 Duitama Boyacá Teléfono de contacto:3102642903 E-mail de contacto: linapamova@gmail.com
2. SUPERVISOR	Nombre completo: MY. YENNY CAROLINA AVELLA RIOS Cargo: DIRECTORA ESM CRL-GMSIL Resolución de nombramiento :005 DEL 8DE ENERO 2021
3. No. DEL CONTRATO FECHA DE SUSCRIPCIÓN	**No. Del contrato: 155-DIGSA/DMBUG-2021** Fecha de suscripción: 15 DE ENERO DE 2021
4. OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR-CENTRO DE RECUPERACION DE LEISHMANIASIS.
5. PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	De póliza Cumplimiento: 465-47-994000002876 Aseguradora: ASEGURADORA SOLIDARIA Fecha acta aprobación: 16/01/2021 Aprobado por: MY BELISARIO ZEA QUINTERO Póliza de responsabilidad No. De póliza: 465-89-994000000510 Aseguradora: ASEGURADORA SOLIDARIA Fecha expedición de la póliza: : 16/01/2021 Aprobado por: MY BELISARIO ZEA QUINTERO
6. CRP	No. CRP: 26621 Fecha expedición: 16/01/2021 Unidad/Sub-unidad ejecutora: DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA Dependencia: FINANCIERA Posición catálogo de gasto: A-02-02-02-009 -003 "SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICOS SOCIALES Fuente: NACION Recurso: 16 Valor: $45.530.283 CUARENTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/C
7. VALOR DEL CONTRATO	Valor total: $45.530.283 CUARENTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/C Valor autorizado a pagar: $ 3.959.155 TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C
8. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA** 1. Prestar sus servicios como médico general en el centro de Recuperación de Leishmaniasis de acuerdo al cuadro de turnos, programación de agenda cumpliendo una intensidad horaria de 168 horas mensuales y de más que asigne el supervisor del contrato (apoyo ESM-GMSIL). 2. Realizar la atención a por lo menos 470 pacientes mensuales programados por la entidad. 3. Registrar los datos de consulta en los formatos estadísticos con fines científicos y administrativos. 4. Evaluación de los pacientes del Centro de Recuperación de Leishmaniasis con el fin de confirmar el diagnóstico, diligenciar la ficha epidemiológica, la ficha del SIVIGILA, solicitar los paraclínicos de inicio, mitad y fin de tratamiento, solicitar el medicamento respectivo mediante fórmula médica debidamente diligenciada. 5. Desarrollar actividades de promoción y detección de la enfermedad

Avenida Quebrada Seca N° 33ª -207
6910741 ext 104 -165
Correo: psregional2@gmail.com

	en todo paciente que ingresa a cualquier servicio del CRL. 6.Recibir las capacitaciones, divulgar la información recibida y aplicar estos conocimientos a sus compañeros de trabajo o a los usuarios, según la necesidad del servicio. 7. Cumplir con los procesos derivados del SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD relacionados con la prestación de los servicios de salud: Mejoramiento continúo de la calidad, atención centrada en el usuario y solución a su problema de salud. Dentro de la actividad de ejecución contractual deberá asignar horas para las reuniones mensuales así como elaboración, socialización y verificación de adherencia de protocolos y guías de manejo institucionales Para la ejecución de las actividades contractuales deberá cumplir con • Cumplir 168 Horas mensuales • Informe SECOP 2 • Atender mínimo 470 pacientes • Agendamiento • Entregar informe de gestión a supervisor del contrato • Técnicos científicos de calidad en el tiempo de consulta establecido en la Directiva 006 2015. 8. El contratista se compromete a allegar carnet de vacunación de acuerdo al profesiograma establecido por la DISAN para la presente anualidad, hasta el día 31 de marzo de 2021, dando cumplimiento al compromiso firmado previo a la suscripción del contrato. Si cumplido el plazo anterior hay inobservancia a esta obligación contractual, se procederá a la suspensión del contrato de manera unilateral por la parte contratante. 9. El contratista se compromete a allegar certificado de capacitación de atención integral en salud de las víctimas de violencia sexual y certificado de curso de humanización de servicio de salud de las Fuerzas Militares de acuerdo al profesiograma establecido por la DISAN para la presente anualidad, en un plazo de 3 meses contados a partir de la suscripción del contrato. Si cumplido el plazo anterior hay inobservancia a esta obligación contractual, se procederá a la suspensión del contrato de manera unilateral por la parte contratante. 10. Para la ejecución de las actividades contractuales deberá cumplir con: A. Informe de gestión y plan de pagos mensual, el cual deberá ser cargado en debida forma en la plataforma del SECOP2 así: Paso 1. Entrar con su usuario al Secop II Paso 2. Dar link en el respectivo contrato en ejecución Paso 3. Dar link en el enlace = Ejecución del Contrato Paso 4. Buscar el enlace = Plan de Pagos, luego cargar en el Pago correspondiente al mes el documento Cuenta de Cobro (Documento soporte a la nota de contabilidad autorizada por el artículo 4° del Decreto 380 de 1996 de la ley 223 de 1995 sobre compras a personas que pertenecen al Régimen Simplificado) Paso 5. Buscar el enlace = Documentos de Ejecución del Contrato, luego cargar los documentos: 1. Informe de Gestión del Contratista del Mes 2. Certificado NO declarante del impuesto de renta y complementarios en el año 2020 (Según corresponda). 3. Certificado soportados en el pago de aportes obligatorios al Sistema General SALUD, PENSIÓN y ARL. Nota: una vez revisado por el supervisor del contrato (visto bueno) se deberá dar cumplimiento a las actividades contractuales descritas y que estarán a cargo del contratista. Los documentos anteriormente indicados deben ser entregados en la oficina de registro del

	Dispensario Médico de Bucaramanga el primer día hábil de cada mes. 10.Dar cumplimiento a los parámetros establecidos, Técnicos científicos de calidad y tiempo de consulta establecido en la Directiva 006 2015. 11. MEDICOS. Hacer uso de la plataforma de SALUD.SIS para realizar las notas médicas (o de enfermería) de acuerdo a la especialidad. Se debe hacer registro en los servicios de consulta externa, RIAS, prioritaria, Hospitalizados o interconsultas cuando sean requeridos en algún servicio. Diligenciando los campos requeridos y desacuerdo a la resolución de historia clínica. 12.El contratista se obliga a Diligenciar las planillas de entrega de elementos de protección personal y a la debida utilización de los mismos. 13.Realizar las labores de comité técnico estructurador y/o comité técnico evaluador de los procesos de contratación del Dispensario Médico de Bucaramanga de conformidad con su especialidad. 14.En caso de dar por terminado el contrato de prestación de servicios y/o apoyo a la gestión deberá realizarse con treinta (30) días de antelación. 15.No se aceptan pólizas de asociaciones, el contrato de prestación de servicios y/o apoyo a la gestión debe contar con las pólizas que cubran la ejecución del contrato celebrado con el Dispensario Médico de Bucaramanga. 16.Las demás asignadas por el supervisor del contrato.
9. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA OBLIGACIÓN	Documento enviado a Estadística

Para constancia se firma en Duitama, a los 30 días del mes de marzo de 2021.

CONTRATISTA

Lina. Morantes

LINA PAOLA MORANTES VASQUEZ
46.456.004 de Duitama

Duitama Boyacá, 30 de marzo del 2021

DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA
NIT- 830.039.670-5
Avenida Quebrada Seca N° 33ª - 207
Bucaramanga

Debe a:

LINA PAOLA MORANTES VASQUEZ
Nº 46.456.004 de Duitama
Calle11 A N°32-30 Duitama Boyacá
3102642903

De conformidad al plan de pago y tras haber cumplido con la ejecución pactada en las especificaciones técnicas y/o entregables, descritas en el contrato N°155-DIGSA/DMBUG-2021 de Prestación de Servicios Profesionales y/o apoyo a la gestión como PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR- CENTRO DE RECUPERACION DE LEISHMANIASIS. me permito elevar la presente cuenta de cobro correspondiente al mes de MARZO del 2021 por la suma de TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($ 3.959.155) Cuyo valor solicito sea abonado a mi cuenta bancaria Nº 282418425 del Banco BOGOTA

Así mismo, declaro voluntariamente bajo la gravedad del juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1983. No estoy obligado a expedir factura de venta

Conforme a las disposiciones en materia administrativa de la Dirección de Sanidad Ejercito, anexo a la presente la factura de planilla para pago de Seguridad Social Colombiano, así como, el Certificado de Aportes.

LINA PAOLA MORANTES VASQUEZ
Nº 46.456.004 de Duitama
Calle11 A N°32-30 Duitama Boyacá
Nº de Contrato 155 DIGSA/DMBUG-2021

Bucaramanga, 31 de Marzo de 2021

Señor Mayor
BELISARIO ZEA QUINTERO
Subdirector administrativo y financiero
Dispensario Médico de Bucaramanga
Bucaramanga Santander.

Yo LINA PAOLA MORANTES VASQUEZ, identificado (a) con cedula de ciudadanía No.46.456.004 de DUITAMA-BOYACA, en uso de mis facultades mentales y legales certifico bajo gravedad de juramento que los aportes realizados correspondientes al mes de FEBRERO de 2021 por un valor de "$490.000" soportados en el pago de salud, Pensión y ARL (Riesgo III), son ingresos provenientes del contrato 155-DIGSA/DMBUG-2021, por prestación de servicios, firmado con la DIRECCIONDE SANIDAD DE EJERCITO-DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA, dando así cumplimiento al decreto número 2271 del 18 de jun. de 2019.

Firma Lina Paola Morantes V.
Nombre LINA PAOLA MORANTES VASQUEZ,
C.C. No. 46.456.004 de DUITAMA-BOYACA

Duitama Boyacá, 30 marzo de 2021

Señor Mayor
BELISARIO ZEA QUINTERO
Subdirector administrativo y financiero
Dispensario Médico de Bucaramanga
Bucaramanga Santander.

REF: CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO.

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo LINA PAOLA MORANTES VASQUEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 46.456.004 expedida en Duitama Boyacá con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art. 383 E.T.)**

SI ( ) NO (X)

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,

Lina Morantes
LINA PAOLA MORANTES VASQUEZ
C.C. 46.456.004 de Duitama Boyacá

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46456004
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			LINA PAOLA MORANTE VASQUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	DUITAMA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 11A N 32 20 CASA 38	TELÉFONO:	7622632
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4382208712	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN.		9994352885

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 253.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 253.400	$ 0	$ 253.400
SUBTOTALES:										**$ 253.400**	**$ 0**	**$ 253.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 198.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 198.000	$ 0	$ 0	$ 198.000
SUBTOTALES:													**$ 198.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 198.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 38.600	$ 38.600	$ 0	$ 0	$ 38.600
SUBTOTALES:									**$ 38.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 38.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN							SALUD						ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 46456004	MORANTE VASQUEZ LINA PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 908.526				NO								01-30									230201-PROTECCION	30	$ 1.583.662	$ 253.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 253.400	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.583.662	$ 198.000	$ 0	$ 198.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.583.662	$ 48456004	$ 38.600	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 490.000**

Planilla Pagada

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que LINA PAOLA MORANTE VASQUEZ con documento CEDULA DE CIUDADANIA 46456004, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) LINA PAOLA MORANTES VASQUEZ con documento CC 46456004, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4382208712	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	FEBRERO/2021	Periodo Cotización Salud	FEBRERO/2021
Fecha Pago	2021/03/16	Número de Autorización	9994352885

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230201- PROTECCION
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		
SALUD		Administradora	EPS017 - FAMISANAR
Días	30	Tarifa	12,500 %
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	2,436 %
Clase de Riesgo	3		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada

Planilla Pagada