	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
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE MARCELA QUINTERO VILLAMIZAR												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1090454230							
CORREO ELECTRONICO:	angiemarcelaqv@fucsalud.edu.co				CELULAR:	3014579648							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	TINTAL KE11												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Urgencias/ Hospitalización Pediatria				SEDE: KE11						Tintal		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11B05	68	KE11I05	32									
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	67170017379										PENSIONADO	no	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5509-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 1			
NÚMERO DE CDP		FECHA	4/9/2021	NÚMERO DE CRP		FECHA	4/30/2021			
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		
		9	4	2021		30	4	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.901.520									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%								
OBSERVACIONES: 60 **horas mes**										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.142.789
VALOR EJECUTADO	$4.901.520
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.901.520
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.241.269
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	44%

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 $2,271.315 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

Dado en Bogotá a "los dias" del mes de Abril del año Dos Mil Veintiuno 2021. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Aura Alejandra Murcia P.

AURA ALEJANDRA MURCIA PÉREZ (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Angie M. Quintero V.

ANGIE MARCELA QUINTERO VILLAMIZAR
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS/ HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA		Sede: TINTAL KE11B05 - KE11I05						
No. DE CONTRATO:	5509-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			9	4	2.021		30	4	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE MARCELA QUINTERO VILLAMIZAR		C. C.	1090454230			DE	CUCUTA	

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 PEDIATRA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur OccidenteOBJETO 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 PEDIATRA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI NO ____ Servicios: SI x NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1- cumplir con las leyes, Decretos, Acuerdos Resoluciones, Circulares de cualquier organo externo o Reglamento interno, código o directriz Interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	SI	1) Cubrimiento para al programa de Atención Hospitalaria, con el fin de prestar servicios con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de Urgencias Pediatría y en el área de Hospitalización, cuando se requiera de sus servicios, con el fin de dar cumplimiento a los convenios y contratos con las diferentes entidades tales como el SOAT, ASR, FFD y EPS. De conformidad a la moral y de manera eficaz y oportuna. Receptividad y buen trato al paciente y a los compañeros, conocimiento y destreza los procedimientos del área para lo cual se hace la contratación.	Se prestaron servicios con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de urgencias pediatria de manera eficaz y oportuna. Presenta buen trato con los pacientes y compañeros. Presenta conocimientos y destreza de los procedimientos de su area.
2. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente ontrato, de acuerdo con el código del buen gobierno y ética Institucional y/o Profesional.	SI	2) Informar a la jefatura del Departamento sobre inconvenientes presentados en la prestación del servicio. Buscar y aportar soluciones para mejorar la calidad y oportunidad del mismo.	Se informo a la jefatura del departamento sobre inconvenientes presentados en la presentaciòn del servicio. Busca y aporta soluciones para mejorar la calidad del servicio.
3. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimi del objeto del negocio juridico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignidades.	SI	3) Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.	Presenta actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios y valores institucionales para realizar la prestación del servicio.
4. Pagar sus aportes al Sistema General de Salud Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cadames.	SI	4) Ejecutar con plena autonomia técnica y cientifica el objeto relacionado de este contrato.	Ejecuta con autonomia tecnica y cientifica el objeto relacionado de este contrato
5. Cumplir con las adherencias a las guias de manejo manuales instructivos, protocolos, procesos y proocedimientos institucionales.	SI	5) Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.	Respeta los derechos del paciente y cumplio el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes en el servicio de urgencias y hospitalización.
6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recurss del Sistema Integrado d Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestiòndocumental y archivo Sistema ùnico de acreditación, Responsabilidad social , Seguridad de la Información y control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades signadas.	SI	6) Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, Urgencias, cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. El seguimiento por procedimiento debe ser realizado por el médico tratante hasta la evolución satisfactoria.	Realizó procedimientos especiales para establecer diagnòsticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieren de sus conocimientos en los servicios de atención hospitalaria y urgencias.
7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorios de Garantia de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componenetes del Sistema Unico de Habilitació, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema unico de acreditación y Sistema deInformación.	SI	7) Participar en las actividades clinicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención.	Participó en las actividades clínicas, docentes, investigativas y/o administrativas en las cuales el hospital requirió de su intervención.
8. cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel Institucional para elmantenimiento y mejora de los Ejes del sistema Unico de Acreditación: Gestión del riesgo, humanización de la atención, Transformación cultural, Gestión clinica excelente y segura. Gestión de acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	8) Llevar y presentar controles estadísticos con fines científicos, administrativos y reportar enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiología y al interventor del contrato ,recibir la capacitación en Vigilancia epidemiológica y las politicas Institucionales en uso de antibióticos . Dicha información debe ser consolidada y presentada al interventor como soporte para la certificación de actividades.	Realizó reporte de enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiologia.
9. Cumplir con las politicas gerenciales, Acuerdos Intitucionales, Protocios éticos, Planes , Programas, Procesosy Procedimientos definidos en el marco de operación de la subred suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	9) Llenar a cabalidad los formatos de las historias clinicas, reportes de estudios deacuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clinicas de la institucion respaldando toda actuacion con su firma y sello.	Llenó a cabalidad los formatos de historias clinicas , reportes de estudios de acuerdo a lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución, respaldando toda actuación con firma y sello.

OBSERVACIONES: Profesional atiende a pacientes COVID-19, queda salvo del descuento (aporte solidario), ya que es una exención a la norma

TOTAL A PAGAR (número y letras): $4.901.520 (CUATRO MILLONES NOVECIENTOS UN MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE).

ANGIE MARCELA QUINTERO VILLAMIZAR, CÉDULA 1090454230
FIRMA CONTRATISTA

SUPERVISOR: AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E)
LÍDER DEL PROCESO

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:

ANGIE MARCELA QUINTERO VILLAMIZAR

C.C 1.090.454.230 DE CUCUTA

La suma de **$4.901.520 (CUATRO MILLONES NOVECIENTOS UN MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE).** por concepto de: Prestación de servicios como médico especialista en pediatría, en el área de urgencias y hospitalización de la USS Patio Bonito Tintal durante el periodo de 09 de Abril al 30 de Abril del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5509-2021.

Nombre de contratista: Angie Marcela Quintero Villamizar

C.C. 1.090.454.230 de Cúcuta

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 067170017379

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1090454230
NOMBRES Y APELLIDOS	Quintero Villamizar,Angie Marcela
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	31/08/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Quintero Villamizar,Angie Marcela, a los 15 días del mes de abril del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUINTERO VILLAMIZAR ANGIE MARCELA** identificado(a) con **CC** número **1.090.454.230** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de mayo de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 15 de abril de 2021.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

20210415120841

ARL | sura

Medellín, 15 de abril de 2021

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

CERTIFICA:

Que ANGIE MARCELA QUINTERO VILLAMIZAR identificado(a) con cédula de ciudadanía 1090454230 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 09/04/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10904542302110545173

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 15/04/2021 12.32 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., 15/04/2021
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANGIE MARCELA QUINTERO VILLAMIZAR** con **Cédula de Ciudadanía** número **1090454230**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570067170017379**
Fecha de apertura	**01/12/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO