

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE
PAGO POR TESORERÍA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LUZ ANGELA SUAREZ CAMARGO					
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		
CORREO ELECTRONICO:		langelasuarez@hotmail.com			CELULAR:		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		UCI			SEDE:		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO03J02CV19	70%	FO03B02	30%		
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		489801242947			Ahorros		
					PENSIONADO No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		1337-2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1	
NÚMERO DE CDP		30		FECHA		8/01/2021	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE MEDICINA 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.		NÚMERO DE CRP		11801	
				FECHA		31/01/2021	

PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO
			1	2	2021		28	2	2021

VALOR HONORARIOS DIARIOS:	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	\$32.434
---------------------------	-------------	---------------------	----------

OBSERVACIONES: 144 HORAS DE AJUSTE VALOR COVID, 84 HORAS A \$40,000 Y 60 HORAS A \$55,000 - 168 HORAS FEBRERO

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	
VALOR EJECUTADO	\$18.098.172
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$5.448.912
VALOR A LIBERAR	\$5.448.912
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	\$12.649.260
	30%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

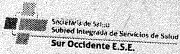
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,194,508 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9416254245	\$3.083.502	\$385.438	\$493.360	3	\$75.114	\$953.912

Dado en Bogotá a los días del mes de Febrero del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

RODOLFO DUARTE CELY

LUZ ANGELA SUAREZ CAMARGO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 3			
Ubicación del Servicio:		UCI:		Fecha de aprobación: 15/02/2018	Código: 04-02-FO-0003		
No. DE CONTRATO: 1337-2021		Periodo certificado desde el:		Sede: UNIDAD FONTIBÓN			
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ ANGELA SUAREZ CAMARGO		Día: 01 Mes: 2 Año: 2021		a: 28 Mes: 2 Año: 2021			
		CC: 1.055.273.729		DE STA ROSA DE VTBO			
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina 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.							
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐							
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS		
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.		100%	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes		100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación		100%	Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.		100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.		PROTOCOLOS INSTITUCIONALES		
Participar en la programación de actividades del área.		100%	Participo en la programación de actividades del área.		CUANDO SE REQUIERA		
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.		100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.		REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION		
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		CUANDO SE REQUIERA		
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.		100%	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.		ORDENES MEDICAS		
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.		100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.		100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.		100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.		CUANDO SE REQUIERA		
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.		100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.		SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL		
Emitir conceptos médicos que se le requieran.		100%	Emito conceptos médicos que se le requieran.		CUANDO SE REQUIERA		
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES		
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento		100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento		CUANDO SE REQUIERA		
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		FORMATO INSTITUCIONAL		
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.		100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.		CUANDO SE REQUIERA		
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.		100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.		CUANDO SE REQUIERA		
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.		100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.		CUANDO SE REQUIERA		
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.		100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.		CUANDO SE REQUIERA		
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred		100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred		SISTEMA DE INFORMACION		
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado		100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado		CUANDO SE REQUIERA		
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente		PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)		
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.		100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.		CUANDO LO REQUIERAN		
OBSERVACIONES:							
OBSERVACIONES:		\$ 5.448.912 DOS MILLONES CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE					
CONTRATISTA: LUZ ANGELA SUAREZ CAMARGO C.C. 1055273729				SUPERVISOR:			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 1053273729		SUAREZ CAMARGO LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Salud	Clave	Clase Aportante
2021-01	2021-01	891374296	9416254245

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES			
Periodo	Salud	Clave	Clase Aportante
2021-01	2021-01	891374296	9416254245

EMPLEADO			
No.	Identificación	Nombre	Clase Aportante
1	1053273729	SUAREZ LUZ	INDEPENDIENTE
NOVEDADES			
Identificación	Nombre	Clase Aportante	Clase Aportante
1	1053273729	SUAREZ LUZ	INDEPENDIENTE

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 1053273729		SUAREZ CAMARGO LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Salud	Clave	Clase Aportante
2021-01	2021-01	891374296	9416254245

RESUMEN DE PAGO			
Periodo	Salud	Clave	Clase Aportante
2021-01	2021-01	891374296	9416254245

RIESGO			
CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS
25-14	900,336,004	7	1
14-11	890,903,790	5	1
EPS037	900,156,264	2	1
TOTAL			1

VALOR LIQUIDADO			
VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
\$493,400	\$0	\$0	\$493,400
\$493,400	\$0	\$0	\$493,400
\$75,200	\$0	\$0	\$75,200
\$75,200	\$0	\$0	\$75,200
\$385,500	\$0	\$0	\$385,500
\$385,500	\$0	\$0	\$385,500
\$954,100	\$0	\$0	\$954,100

VALOR A PAGAR			
VALOR A PAGAR	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
\$493,400	\$0	\$0	\$493,400
\$493,400	\$0	\$0	\$493,400
\$75,200	\$0	\$0	\$75,200
\$75,200	\$0	\$0	\$75,200
\$385,500	\$0	\$0	\$385,500
\$385,500	\$0	\$0	\$385,500
\$954,100	\$0	\$0	\$954,100

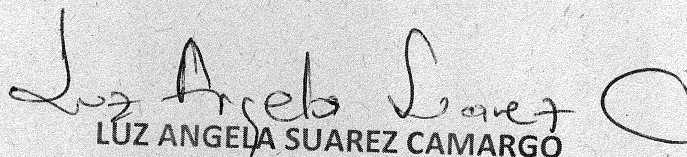
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ ANGELA SUAREZ CAMARGO
CC 1055273729 DE BOGOTA

La suma de \$ 5.448.912, por concepto de:

Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial
como Medico General durante el periodo del 01 al 28 de Febrero de
conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios
No 1337-2021



LUZ ANGELA SUAREZ CAMARGO
CC 1055273729 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 489801242947