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	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	64	KE11I05	36									
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	4 de 4					
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	6/21/2021	NÚMERO DE CRP	37322	FECHA	6/30/2021			
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		
		1	7	2021		31	7	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$13.234.104									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%								

OBSERVACIONES: 162 **horas mes**

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$63.098.901
VALOR EJECUTADO	$48.034.896
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$13.234.104
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$15.064.005
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	76%

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
1058918976	$5.881.824,00	$735.300	$1.000.100	3	$143.300	$1.878.700

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

AURA ALEJANDRA MURCIA PÉREZ (E)	ANGIE MARCELA QUINTERO VILLAMIZAR
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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.
		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**
			1	7	2.021		31	7	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 presentación 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 jurídico 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, gestiódocumental y archivo Sistema único 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 diagnósticos 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 clínicas, 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 clínica excelente y segura. Gestión de acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	8) Llevar y presentar controles estadisticos con fines cientificos, administrativos y reportar enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiología y al interventor del contrato ,recibir la capacitación en Vigilancia epidemiológica y las políticas 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 políticas gerenciales, Acuerdos Intitucionales, Protocios éticos, Planes , Programas, Procesosy Procedimientos definidos en el marco de operación de la subred surocciidente, 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): $13.234.104 (TRECE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO CUATRO PESOS M/CTE)

ANGIE MARCELA QUINTERO VILLAMIZAR, CÉDULA 1090454230
FIRMA CONTRATISTA

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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1090454230-	ANGIE MARCELA QUINTERO VILLAMIZAR	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	6	2021	518920E

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Calle 185 #17-29 apto 202	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	7352736	7352736	angiemarcelaqv@gmail.com	8621	0	1	2021/07/14	1058918976

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	735.300	0		0		0	735.300	0	0	0	735.300	0		0	0	735.300	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	941.100	0	0	59.000	0	0	0	1.000,100	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	143.300		0	0	143.300
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	143.300		0	1.433	143.300

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	1.000,100	1.000,100
SALUD	735.300	735.300
RIESGOS LABORALES	143.300	143.300
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	1.878.700	1.878.700

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

Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento	Número de Factura: AMQV-3	Código Único de Factura - CUFE: aed348f520f98ec698a0f4e3e9e062b417ee240c5791481fbfab4fc0e06b0dc349c95a631acd5ea809fc3cc91679bb01	
Fecha de Emisión	09/07/2021	Fecha de Vencimiento	08/08/2021
Tipo de Operación	Generica	Prefijo	AMQV
Tipo de Negociación	Contado	Medio de Pago	Consiganción bancaria
Tipo de Entrega			
Datos del Emisor	Nit del Emisor: 1090454230	Razón Social:	QUINTERO VILLAMIZAR ANGIE MARCELA
Nombre Comercial	QUINTERO VILLAMIZAR ANGIE MARCELA		
Tipo de Contribuyente	Persona Natural	Dirección	CL 185 20 91 IN 4 AP 204 BRR VERBENAL
Régimen Contable	No responsable de IVA	Departamento	Bogotá
Actividad Económica Principal	8621	Correo	angiemarcelaqv@gmail.com
Tipo Responsabilidad	O-49	Municipio	Bogotá, D.c.
		Teléfono	3014579648
Datos del Adquiriente	Nit del Adquiriente: 900959048	Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Tipo de Documento	NIT	Dirección	CL 9 39 46
Número Documento	900959048	Departamento	Bogotá
Nombre Comercial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	Municipio	Bogotá, D.c.
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Correo	aumurciap@gmail.com
Régimen Contable	No responsable de IVA	Teléfono	7560505
Tipo de Responsabilidad	O-06;O-07;O-08;O-09;O-14		

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			Valor de Venta por Item
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	ICA	INC	
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas en pediatría	HUR	162,00	$ 81.692,00						$ 13.234.104,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Datos de Referencia

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

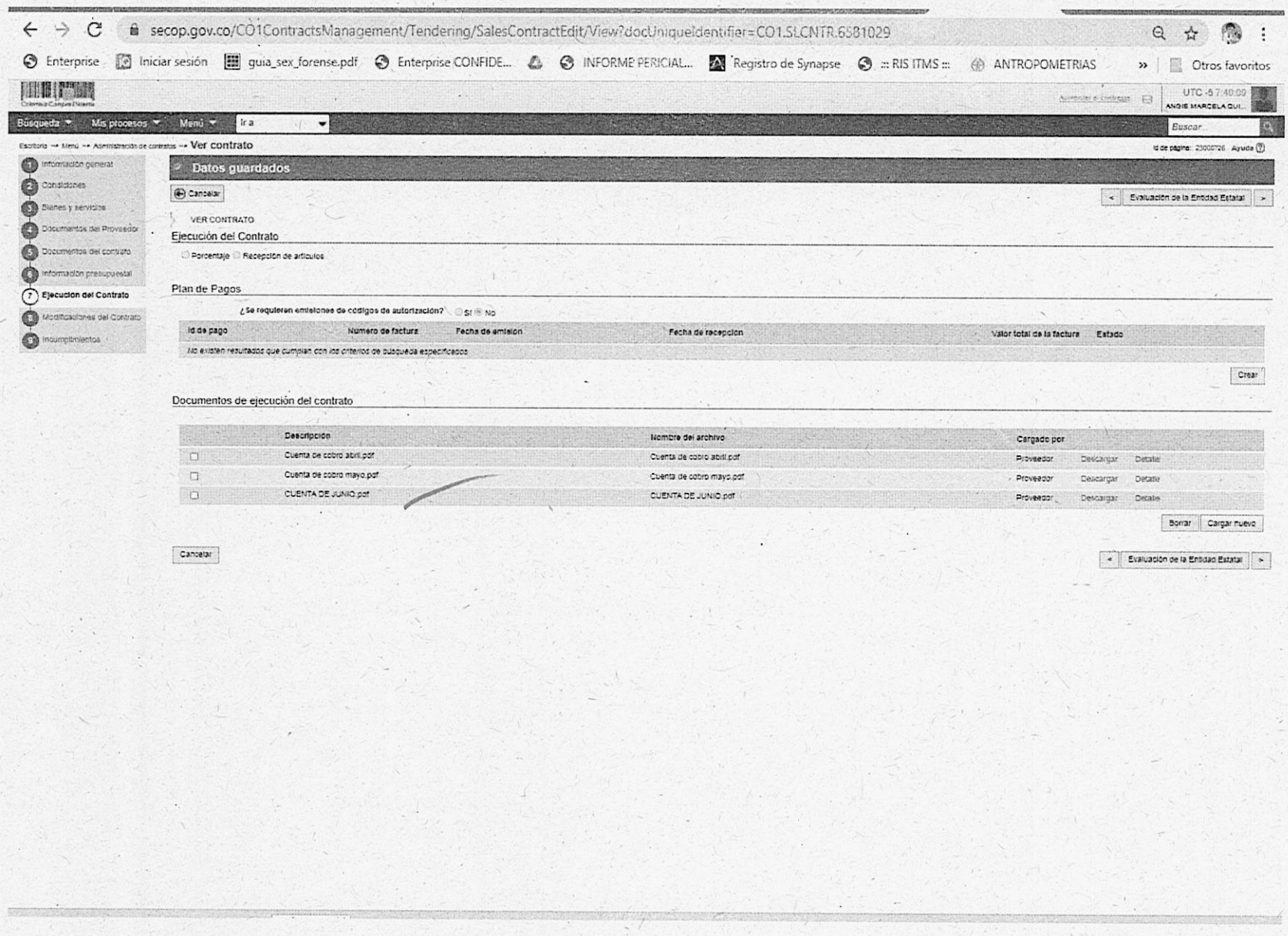
Prestación de servicios como médico especialista en pediatría (162 horas/valor hora: 81.692), en el área de urgencias y hospitalización de la USS Patio Bonito Tintal durante el periodo de 01 de Julio al 31 de Julio del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5509-2021.

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	13.234.104,00
Descuentos detalle (-)	$	0,00
Recargos detalle (+)	$	0,00
Subtotal Base gravable (=)	$	0,00
Total impuesto detalle (+)	$	0,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	13.234.104,00
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	$	13.234.104,00

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Numero de Autorización: 18764013170527 Rango Autorizado: Desde 1 Rango Autorizado: Hasta 1000 Vigencia: 2021-11-10


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6581029
Enterprise
Iniciar sesión
guia_sex_forense.pdf
Enterprise CONFIDE...
INFORME PERICIAL...
Registro de Synapse
::: RIS ITMS :::
ANTROPOMETRIAS
Otros favoritos
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Escritorio » Menú » Administración de contratos » Ver contrato
Id de página: 23000726
Ayuda
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí 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
Cargado por
Cuenta de cobro abril.pdf
Cuenta de cobro abril.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Cuenta de cobro mayo.pdf
Cuenta de cobro mayo.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE JUNIO.pdf
CUENTA DE JUNIO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >