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:	lizeth daniela figueredo rodriguez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1098737773	
CORREO ELECTRONICO:	danielafigueredo93@hotmail.com				CELULAR:	3166168943	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PEDIATRIA OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10I05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	29900037285				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2828			VIGENCIA	2022		
NÚMERO DE CDP	143	FECHA	2023-01-17 16:18:14.000	NÚMERO DE CRP	5289	FECHA	2023-01-17 20:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2022-04-01		2022-04-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4,395,240						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$50,567,622
VALOR EJECUTADO	$13,625,244
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,395,240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$36,942,378
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	27%

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 $2.194,507 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
58217204	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CINDY MALLERLY VARGAS PINILLA
1022336009
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Atención integral y de calidad a los pacientes recién nacidos	Se plasma dichas actividades y procedimientos en la historia clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Correcto y completo diligenciamiento de la historia clínica.	Historia clínica que cumple las exigencias legales y eticas
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	: Teniendo e n cuenta las normas para el orden correcto , se realiza registro de todos los procedimientos , actividades e intervenciones del paciente, Ademas se lleva registro de las estadísticas solictadas	Histeria clínica bien diligenciada y clara , se mantiene actualizada la estadística de ancimientos
4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Correcto y completo diligenciamiento de la historia clínica	Historia clínica que cumple las exigencias legales y éticas
Participar en la programación de actividades del área.	Se asistió a todos los turno ya actividades programadas	Cumplimiento total del cuadro de turnos
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	Se realiza llenSe realiza llenado de las respectivas fi has de notificación obligatorias establecidas ado de las respectivas fi has de notificación obligatorias establecidas	: Se llenaron las fichas de notificación de bajo peso, defectos congénitos, sífilis gestacional etc.
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.	Se realiza reportes de eventos adversos	Se pasa evento adverso a la intranet
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Dejar plasmada de manera clara y precisa las indicaciones u/o instrucciones medicas que queremos que lleven a cabo el equipo de salud (enfermería, manejos multidisciplinario) en la hisotria clínica y reforzar dichas indicaciones de manera verbal.	Se verifica la claridad de las instrucciones dadas al equipo de salud
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	: Teniendo e n cuenta las normas para el orden correcto , se realiza registro de todos los procedimientos , actividades e intervenciones del paciente	Teniendo e n cuenta las normas para el orden correcto , se realiza registro de todos los procedimientos , actividades e intervenciones del paciente
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	; Realizar las historias clínicas correspondientes a las evoluciones diarias de cada recién nacido en alojamiento conjunto con la madre.	Evolución diaria de seguimiento del recién nacido , plasmado en historia clínica digita
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Dar información sobre el estado del recién nacido a familiares	De ser posible mostrar recién nacido a la madre y familiar presente ,
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Conocer de manera clara las normas del sistema obligatorio para garantizar la calidad en la atención.	Ejecución y cumplimiento total a todas las normas establecidas por la subred para garantizar la calidad.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuidar y proteger; elementos de protección personal dados, elementos para el trabajo medico como computadores, monitores, equipo medico.	Elementos para el desempeño de las actividades en buenas condiciones.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	: Elementos para el desempeño de las actividades en buenas condiciones	: Elementos para el desempeño de las actividades en buenas condiciones
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	: De acuerdo a los procedimientos establecidos por la subred ,, se paoyaran e implementaran estos mismos	Se seguirán las guias de manejo institucionales , procesos de acreditación y auditoria
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Se participa de manera activa en todas las actividades que requiera la subred de manera interintitucional y extrainttiucional	Se aplica de acuerdo a las necesidades de la subred en dichas actividades.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Teniendo e n cuenta las normas para el orden correcto , se realiza registro de todos los procedimientos , actividades e intervenciones del paciente	: Histeria clínica bien diligenciada y clara
) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Realizar pago mensual de seguridad social, pensión y riesgos profesionales	Histeria clínica bien diligenciada y clara
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Atenderé obligaciones afines al objeto de contratación	Aplica de acuerdo al objetivo del contrato

Copia Controlada
subred Sur Occidente

CINDY MALLERLY VARGAS PINILLA
1022336009
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098737773	LIZETH DANIELA FIGUEREDO RODRIGUEZ	calle 33 b # 4-89 apto 413	6577757	danielafigueredo93@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-03	2022-03	I	13/04/2022	58217204	$544.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	219.800	0		0		0	0	0	0	219.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	281.300	0	0	0	0	0	0		281.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.900				42.900	0	0	42.900			429	42.900	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	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	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	219.800	219.800
Pensión	1	281.300	281.300
Riesgos Laborales	1	42.900	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	544.000	544.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1098737773	LIZETH DANIELA FIGUEREDO RODRIGUEZ		calle 33 b # 4-89 apto 413	6577757	danielafigueredo93@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-03	2022-03	I	13/04/2022	58217204	$544.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1098737773	FIGUEREDO RODRIGUEZ LIZETH DANIELA	59	0			N																	25-14	1.758.096	281.300	0	0	0	0	EPS010	1.758.096	219.800	14-11	1.758.096	3	42.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUB OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LIZETH DANELA FIGUEREDO RODRIGUEZ

C.C 1098737773 DE BUCARAMANGA

La suma de $4.395.240, por concepto de: Médico Hospitalario de Pediatría durante el periodo de 01 al 30 de abril del 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2828-2022.

LIZETH DANIELA FIGUEREDO RODRIGUEZ

C.C 1098737773 DE 8UCARAMANGA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 29900037285