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:	KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1024517336	
CORREO ELECTRONICO:	viviana_0516@hotmail.com				CELULAR:	3168532135	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONSULTA URGENCIAS 17 TRINIDAD GALAN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU41B01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	15105802				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1310			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	1972	FECHA	2023-08-24 14:19:49.000	NÚMERO DE CRP	41174	FECHA	2023-08-31 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL 2023-08-01	HASTA	FECHA FINAL 2023-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$7,668,780				
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:	$52,585,920
VALOR EJECUTADO	$52,147,704
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7,668,780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$438,216
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
69943782	$3,330,442	$416,305	$532,871	3	$81,130	$1,030,305

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JUANITA BARRERA GARCIA
52503010
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.	Seguir los protocolos de manejo de la institución y las guías de practica clínica del ministerio de salud según sea la patología del paciente	Historia clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Conocer y aplicar las normativas legales vigentes sobre historia clínica	Historia clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Conocer y aplicar las normativas legales vigentes sobre historia clínica	Historia clínica
Participar en la programación de actividades del área.	diligenciamiento de listas de asistencia, pretest, post test	Listas de asistencia
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Diligenciamiento oportuno de las fichas de notificación según sea en caso presentado, en el momento mismo de la atención medica	Fichas de notificación
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.	Reportar las fallas que se presenten en el servicio laborado tanto a líder inmediato como por los mecanismos propios de la sub red	Tickets, formato de evento adverso
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Organizar y determinar las funciones en cada uno de los miembros del equipo de salud, especificando las funciones de los mismos	historia clínica
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Llenar de manera clara cada uno de los registros que impliquen la atención del paciente	historia clínica, fichas de notificación
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Generar y diligenciar de manera adecuada el formato de consentimiento informado previo la realización del procedimiento	consentimiento informado
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	mantener un adecuado seguimientos a los pacientes siempre y cuando la patología y circunstancias lo meriten	Historia clínica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	informar de manera clara y resolviendo dudas sobre la condición actual del paciente, según lo permita el mismo a su familia, pronostico y plan de manejo	historia clínica, consentimiento informado
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Realizar análisis de caso con respecto a historia clínicas según sea necesario por el líder a cargo	resúmenes de historia, contestación de requerimientos
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Generar y diligenciar de manera adecuada el formato de consentimiento informado previo la realización del procedimiento	Consentimiento informado
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Realizar informe de manera mensual sobre las actividades realizadas durante jornada labora	Informe de actividades
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 mantener los implementos dados por la institución para la realización de actividades	Mobiliario físico
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	participar en las UAT, ULG, ULC y aplicar las recomendaciones dadas	Listas de asistencia
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Ejecutar oportunamente sus obligaciones contractuales en concordancia con los planes que formule la Entidad en especial el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión de la Gerencia	cuadro de turnos, historia clínica
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Tener disponibilidad con respecto a cambios de actividades según los requerimientos institucionales	Cuadro de turnos, horas adicionales
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Tener registro completo de las actividades realizadas en desarrollo de las funciones propias de la estación del servicio	Historia clínica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	No aplica	No aplica
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	adjuntar a cuenta de cobro soporte de pajo de seguridad social	planilla de pago de seguridad social
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Tener registro completo de las actividades realizadas en desarrollo de las funciones propias de la prestacion del servicio	Historia clínica

Copia Certificada
Subred Suroccidente

JUANITA BARRERA GARCIA
52503010
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

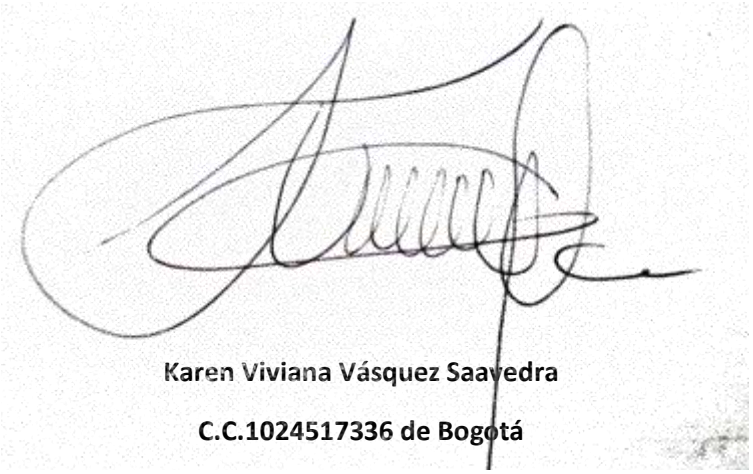
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA

C.C 1024517336 DE BOGOTA

La suma de Siete millones seiscientos sesenta y ocho mil setecientos ochenta pesos (7.668.780) M/CTE., por concepto de: 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.EM, CAPS TRINIDAD GALAN, durante el periodo de 01 al 31 de Agostode 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1310-2023.



Karen Viviana Vásquez Saavedra

C.C.1024517336 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO 015105802

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	1024517336	KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA	Carrera 68 a # 57-61 sur	6019212977	viviana_0516@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-07	2023-07	I	08/08/2023	69943782	$1.097.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	416.400	0		0		0	0	0	0	416.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	532.900	0	0	0	0	0	0		532.900	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	81.200				81.200	0	0	81.200			812	81.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	66.700	0	0	66.700	1

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	416.400	416.400
Pensión	1	532.900	532.900
Riesgos Laborales	1	81.200	81.200
CCF	1	66.700	66.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.097.200	1.097.200

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	1024517336	KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA		Carrera 68 a # 57-61 sur	6019212977	viviana_0516@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.	SI

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	
2023-07	2023-07	I	08/08/2023	69943782	$1.097.200	

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	Estornado	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	1024517336	VASQUEZ SAAVEDRA KAREN VIVIANA	59	0			N																	231001	3.330.442	532.900	0	0	0	0	EPS017	3.330.442	416.400	14-11	3.330.442	3	81.200	CCF21	3.330.442	66.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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