| 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: | Angélica María Amaya Baldión | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1049619130 | |
| CORREO ELECTRONICO: | anggiecita2910@gmail.com | | | | CELULAR: | 3125427653 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PEDIATRIA OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10A26 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 16824846476 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1061 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2243 | FECHA | 2023-09-28 15:52:43.000 | NÚMERO DE CRP | 45659 | FECHA | 2023-09-29 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-07-01 | | 2023-07-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $7,849,152 | | | | | | |
| 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: | $45,623,196 |
| VALOR EJECUTADO | $42,679,764 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $7,849,152 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,943,432 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 94% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9453380269 | $2,943,432 | $367,929 | $470,949 | 3 | $71,702 | $910,580 |

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

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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. | Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente. | Mediante el aplicativo de dinámica gerencial diligenciando adecuadamente los ítems de las formulas medicas e historia clínica de cada paciente. |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Diligenciamiento claro, completo y adecuado del formato de historia clínica |
| 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 | 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 | Registro de actividades en los formatos institucionales mediante el aplicativo Dinámica Gerencial. |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | Registro completo de la historia clínica: evoluciones, referencias, epicrisis, fórmulas de egreso y recomendaciones. |
| Participar en la programación de actividades del área | Participo en la programación de actividades del área. | Cumplimiento con adherencia. |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | En los casos pertinentes diligencio formatos de notificación obligatoria así como realización de certificados de defunción oportunamente |
| 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. | 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. | No aplica habitualmente |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Garantizar entendimiento de las ordenes médicas para un trabajo en equipo adecuado |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenciamiento adecuado de los formatos institucionales mediante el aplicativo Dinámica |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Cuando se requiere |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Se valoran pacientes priorizando según complejidad y la recomendación de la entrega de turno. |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Se brinda información verbal y/o telefónica explicando a paciente y familiar, se entregan recomendaciones de egreso por escrito y se explican formulas médicas. |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Emito conceptos médicos que se requieran. | Valoración oportuna y adecuada del paciente para determinar conducta adecuada |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Con disposición a colaborar en actividades en pro de la mejora continua |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento | 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 | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Adecuada presentación de la cuenta de cobro en la plataforma SURESOC |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Cuando haya finalización de contrato |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Cuando lo requiera la institución |

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Adherencia adecuada a las guías institucionales |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Con la mejor actitud y cuando sea requerido |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Cumplo con mis turnos programados, en caso de requerirse cambio de turno se diligencia formato de cambio de turno, aviso a mi Líder en caso de calamidad. |
| 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. | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Adjuntar mensualmente soporte de pago de aportes de acuerdo a IBC así como certificado de afiliación a EPS. |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Cumplir a cabalidad las actividades asignadas en el servicio para el cual fui contratada. |

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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:**

**ANGÉLICA MARÍA AMAYA BALDIÓN**

**C.C 1.049.619.130 DE TUNJA**

La suma de $ 7.849.152, por concepto de Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Pediatría en el periodo del 1 al 31 de JULIO de 2023, de conformidad con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios No. 1061 - 2023.

Angélica Amaya.

**ANGÉLICA MARÍA AMAYA BALDIÓN**

**C.C 1049619130 DE TUNJA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOCOLOMBIA**
**NUMERO 16824846476**

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1049619130 | | AMAYA BALDION ANGELICA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 56 #161 - 94 Casa 2202 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3125427653 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-06 | 2023-06 | 41725797 | 9453380269 | I | 2023/07/11 | 2023/07/12 | BANCOLOMBIA | 1 | $972,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $3,139,660 | $502,400 | | | $3,139,660 | $392,500 | | | $0 | $0 | | | $3,139,660 | $76,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $3,139,660 | $502,400 | | | $3,139,660 | $392,500 | | | $0 | $0 | | | $3,139,660 | $76,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $3,139,660 | $502,400 | | | $3,139,660 | $392,500 | | | $0 | $0 | | | $3,139,660 | $76,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1049619130 AMAYA ANGELICA | 230301 | 30 | $3,139,660 | $502,400 | EPS005 | 30 | $3,139,660 | $392,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $3,139,660 | $76,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $3,139,660 | $502,400 | | | $3,139,660 | $392,500 | | | $0 | $0 | | | $3,139,660 | $76,500 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1049619130 | | AMAYA BALDION ANGELICA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 56 #161 - 94 Casa 2202 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3125427653 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-06 | 2023-06 | 41725797 | 9453380269 | I | 2023/07/11 | 2023/07/12 | BANCOLOMBIA | 1 | $972,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $502,400 | $600 | $0 | $503,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $502,400 | $600 | $0 | $503,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $76,500 | $100 | $0 | $76,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $76,500 | $100 | $0 | $76,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $392,500 | $500 | $0 | $393,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $392,500 | $500 | $0 | $393,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $971,400 | $1,200 | $0 | $972,600 |