Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018
	Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1013634112	
CORREO ELECTRONICO:	anngie658@gmail.com				CELULAR:	3641691	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37I06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24042112600				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3470			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	328	FECHA	2024-01-20 16:49:01.000	NÚMERO DE CRP	16714	FECHA	2024-02-07 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-02-01		2024-02-29		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,573,240				
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:	$24,101,880
VALOR EJECUTADO	$6,573,240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,573,240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$17,528,640
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
9462837541	$2,629,296	$328,662	$420,687	3	$64,050	$813,399

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	SE RESPONDERON A INTERCONSULTAS SOLICITADAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL MES
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	CUMPLIO CON TODOLO REQUERIDO DE ACUERDO A MI ETICA PROFESIONAL	SE VIDENCIA EN LAS HISTORIAS CLINICAS
3) 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	REGISTRE TODOS LOS PROCEDEMIENTOS REALIZADO EN EL MES	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL MES
4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	CUMPLI CON TODAS LAS EXIGENCIAS EN EL SERVICO PARA CADA PACIENTE	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL MES
5) Participar en la programación de actividades del área.	PARTICIPE EN TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	SE EVIDENCIA EN LA LISTA DE ASISTENCIA
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	SE REPORTARON LOS EVENTOS OCURRIDOS EN EL MES	REGISTRO DE LIBRO NOTOFICACIONES
7) 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 NOTICARON LAS FALLAS EN EL SERVICO	SE EVIDENCIA EN DINAMICA NOTICACION
8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	EVOLUCION, ORDENES MEDICAS Y REMISIONES DE PACIENTES EN EL MES	REGISTRO DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTE ATENDIDOS EN EL MES
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. "	SE DELIGENCIO LOS FORMATOS NECESARIOS EN EL MES	SE EVIDENCIA EN LAS HISTORIAS CLINICAS
10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SE DELIGENCIO CADA CONSENTIMIENTO PARA CADA PROCEDIMIENTO	SE EVIDENCIA EN LAS HISTORIAS CLINICAS
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	INFORME A CADA PACIENTE PROCEDIMIENTOS A SEGUIR	SE EVIDENCIA EN LAS HISTORIAS CLINICAS
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención."	SE INFORMO A PACIENTE Y FAMILIAR SOBRE SU EVOLUCION Y MANEJO	SE DEJA CONSTANCIA EN HISTORIA CLINICA
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	CUMPLI CON TODOS LOS CONCEPTOS MEDICOS	SE EVIDENCIA EN HISTORIA CLINICA DE CADA PACIENTE
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SE APOYO CADA NORMA DE LA SUBRED	SE EVIDENCIA EN LISTA DE ASISTENCIA
15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	SE DELIGECNIO CORRECTAMENTE CADA CONSENTIMIENTO	SE EVIDENCIA EN HISTORIA CLINICA DE CADA PACIENTE
16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	CUMPLI CON EL INFORME DEL MES	SE EVIDENCIA EN CUENTA DE COBRO
17) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUIDE Y ENTREGUE EN CADA ENTREGA DE TURNO LSO ELEMENTOS QUE UTILIZE	SE VIDENCIA EN LIBROS DE CONTROL
18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	ASISTI EN LAS JORNDAS DE CAPACITACION CONVOCADO	SE EVIDENCIA EN LISTA DE ASISTENCIA
19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	CUMPLI CON CADA UNO DE LOS PROCESOS DE LA SUBRED	SE EVIDENCIA EN HISTORIA CLINICA
20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	APOYE EN TODAS LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS	SE EVIDENCIA EN LIBRO DE ACTIVIDADES
21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SE REGITRO TODOAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO	SE EVIDENCIA EN DINAMICA
22)Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	REVICE EL CONTRATO DESIGNADO	SE EVIDENCIA EN SECOP CONTRATO
23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	CUMPLI CON EL PAGO DE MIS APORTES DEL MES	SE EVIDENCIA EN CUENTA DE COBRO DEL MES
24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.."	SE REALIZO TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL CONTRATO	SE EVIDENCIA EN LAS HISTORIAS CLINICAS DE CADA PACIENTE

Copia Certificada Subred Suroccidente

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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:

ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ

C.C 1.013.634.112 DE **BOGOTA**

La suma $6.573.240, concepto de: prestación de servicios como médico general (hospitalaria de medicina interna) en la unidad de BOSA durante el periodo de 01 al 29 FEBRERO DEL 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3470-2024

Anngie Liseth Murcia Gutierrez

ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ

Nombre de contratista

C.C. 1.013.634.112 **DE BOGOTA**

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24042112600

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? SI 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 ENERO 2024 ANNGIE.pdf	CUENTA ENERO 2024 ANNGIE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 1013634112		MURCIA GUTIERREZ ANNGIE LISETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 29 A sur No 17 42 este apto 602b	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3735694	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	446901510	9462837541	I	2024/02/05	2024/02/09	BANCO CAJA SOCIAL	4	$869,400

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
1	CC	1013634112	MURCIA ANNGIE	25-14	30	$2,629,296	$420,700	EPS037	30	$2,629,296	$328,700	CCF22	30	$2,629,296	$52,600	14-11	30	$2,629,296	$64,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,629,296**	**$420,700**			**$2,629,296**	**$328,700**			**$2,629,296**	**$52,600**			**$2,629,296**	**$64,100**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$420,700	$1,600	$0	$422,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$420,700	$1,600	$0	$422,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,100	$300	$0	$64,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$64,100	$300	$0	$64,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,600	$200	$0	$52,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$52,600	$200	$0	$52,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$328,700	$1,200	$0	$329,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$328,700	$1,200	$0	$329,900
TOTAL				1	$866,100	$3,300	$0	$869,400

2024/02/14 12:13 PM