

					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			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			ANNIE LISETH MURCIA GUTIERREZ					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1013634112
CORREO ELECTRONICO:			annie658@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	%						
	BO37106	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	1356	FECHA	2024-05-30 10:50:48.000	NÚMERO DE CRP	32137	FECHA	2024-05-31 21:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2024-05-01			2024-05-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$7,011,456				
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:						\$30,894,228		
VALOR EJECUTADO						\$26,292,960		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$7,011,456		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$4,601,268		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						85%		
El intervisor 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		
9467002716	\$2,454,010	\$306,751	\$392,642	3	\$59,780	\$759,172		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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								

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 TODO LO 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 PROCEDIMIENTOS 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 SERVICIO 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 NOTIFICACIONES
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 SERVICIO	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 DELIGENCIO 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 LOS ELEMENTOS QUE UTILIZE	SE EVIDENCIA 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 JORNADAS 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 REGISTRO TODAS LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO	SE EVIDENCIA EN DINAMICA
22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	REVISE 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

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

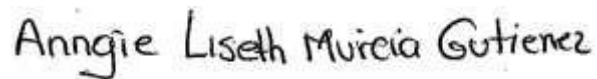
Copia Certificada
Subred Suroccidente

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 \$7.011.456 pesos, por concepto de: prestación de servicios como médico general (hospitalaria de medicina interna) en la unidad de BOSA durante el periodo de 01 al 31 DE MAYO DEL 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3470-2024



ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ

Nombre de contratista

C.C. 1.013.634.112 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24042112600

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	Valor
2024-04	2024-04	630885870	9467002716	I	2024/05/06	2024/05/10	BANCO CAJA SOCIAL	\$811,100

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	\$2,454,010	\$392,700	EPS037	30	\$2,454,010	\$306,800	CCF22	30	\$2,454,010	\$49,100	14-11	30	\$2,454,010	\$59,800	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$2,454,010	\$392,700			\$2,454,010	\$306,800			\$2,454,010	\$49,100			\$2,454,010	\$59,800		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$392,700	\$1,300	\$0	\$394,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$392,700	\$1,300	\$0	\$394,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$59,800	\$200	\$0	\$60,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$59,800	\$200	\$0	\$60,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,100	\$200	\$0	\$49,300	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$49,100	\$200	\$0	\$49,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$306,800	\$1,000	\$0	\$307,800	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$306,800	\$1,000	\$0	\$307,800	
TOTAL				1	\$808,400	\$2,700	\$0	\$811,100	