Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
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:	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:	HOSPITALIZACION PEDIATRÍA USS 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	16824846476					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3524			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	72961	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-11-01		2024-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$7,358,580				
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:	$84,868,956
VALOR EJECUTADO	$78,246,234
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7,358,580
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6,622,722
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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
9477287832	$2,943,432	$367,929	$470,949	3	$71,702	$910,580

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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 un informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades y lo entrego 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.

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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 $ 7.358.580, por concepto de Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Pediatría en el periodo del 1 al 30 de NOVIEMBRE de 2024, de conformidad con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios No. 3524 - 2024.

Angélica Amaya.

ANGÉLICA MARÍA AMAYA BALDIÓN

C.C 1049619130 DE TUNJA

CUENTA DE AHORROS BANCOCOLOMBIA
NUMERO 16824846476

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	DESIGNACION DE NUEVO SUPERVISOR No. 3524-2024.pdf	DESIGNACION DE NUEVO SUPERVISOR No. 3524-2024.pdf	Comprador	De
☐	1. FEBRERO2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	1. ENERO2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	Proveedor	De
☐	2. MARZO2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	2. MARZO2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	Proveedor	De
☐	3. ABRIL2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	3. ABRIL2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	Proveedor	De
	4. MAYO2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf (Archivado)	4. MAYO2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	Proveedor	De
☐	4. MAYO 2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	4. MAYO 2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	Proveedor	De
☐	5. JUNIO 2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	5. JUNIO 2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	Proveedor	De
☐	6. JULIO_2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	6. JULIO_2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	Proveedor	De

☐	7. AGOSTO_2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	7. AGOSTO_2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	Proveedor	De
☐	8. SEPTIEMBRE_2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	8. SEPTIEMBRE_2024_DOCUMENTOS_ANGELICA_AMAYA.pdf	Proveedor	De
☐	OCT_EQUIVALENTE_Y_SECOP_ANGELICA_AMAYA.pdf	OCT_EQUIVALENTE_Y_SECOP_ANGELICA_AMAYA.pdf	Proveedor	De

Borra

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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
2024-11	2024-11	1115259782	9478647028	I	2024/12/09	2024/12/10	BANCOLOMBIA	1	$911,600

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)					$2,943,432	$471,000			$2,943,432	$368,000			$0	$0			$2,943,432	$71,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,943,432	$471,000			$2,943,432	$368,000			$0	$0			$2,943,432	$71,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,943,432	$471,000			$2,943,432	$368,000			$0	$0			$2,943,432	$71,800		$0	$0
1	CC	1049619130 AMAYA ANGELICA	230301	30	$2,943,432	$471,000	EPS005	30	$2,943,432	$368,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,943,432	$71,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,943,432	$471,000			$2,943,432	$368,000			$0	$0			$2,943,432	$71,800		$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
2024-11	2024-11	1115259782	9478647028	I	2024/12/09	2024/12/10	BANCOLOMBIA	1	$911,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$471,000	$400	$0	$471,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$471,000	$400	$0	$471,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$71,800	$100	$0	$71,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$71,800	$100	$0	$71,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$368,000	$300	$0	$368,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$368,000	$300	$0	$368,300
TOTAL				**1**	**$910,800**	**$800**	**$0**	**$911,600**