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:	alicia burgos						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	30711649	
CORREO ELECTRONICO:	aliciaburgos.2021@gmail.com				CELULAR:	3102437088	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG CONSULTA URGENCIAS USS 17 TRINIDAD GALÁN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU41B01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7360005727				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4235			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2652	FECHA	2024-12-15 16:09:19.000	NÚMERO DE CRP	79941	FECHA	2024-12-15 23:00:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-12-01		2024-12-31		
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:	$73,620,288
VALOR EJECUTADO	$73,620,288
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,573,240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
82505956	$2,629,296	$328,662	$420,687	3	$64,050	$813,399

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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	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	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
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.	mantener un adecuado seguimientos a los pacientes siempre y cuando la patología y circunstancias lo meriten	Historia clínica
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	nformar 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
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Realizar análisis de caso con respecto a historia clínicas según sea necesario por el líder a cargo	resúmenes de historia, contestación de requerimientos
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Generar y diligenciar de manera adecuada el formato de consentimiento informado previo la realización del procedimiento	Consentimiento informado
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Realizar informe de manera mensual sobre las actividades realizadas durante jornada laboral	Informe de actividades
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	participar en las EAC 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

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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:

ALICIA DE SOCORRO BURGOS BACCA

C.C 30. 711.649

La suma de Seis millones quinientos setenta y tres mil doscientos cuarenta pesos (6.573.240) 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.E, CAPS TRINIDAD GALAN, durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4235-2024



Alicia del Socorro Burgos Bacca

C.C.30.711649

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA 7360005727

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ALICIA DEL SOCORRO BURGOS BACCA	**NIT:**	30711649
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2024
Número de Radicación:	82505956	**Total a pagar:**	$813,500
Fecha de vencimiento:	11/12/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/12/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1111169875
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$64,100
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$420,700
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$328,700
						$813,500

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

PAGADA

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