

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 2/15/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		TANIA MARIA GARZON RUBIO					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1023036945		
CORREO ELECTRONICO:	TGARZONRUBIO@GMAIL.COM			CELULAR:	3134091801		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		C. EXT MEDICINA GENERAL USS 68 BRITALIA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU54A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		3079087211			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		3495		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	1260	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL- SERVICIOS AMBULATORIOS						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
		2026-01-01			2026-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$6,345,948			
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:	\$6,345,948
VALOR EJECUTADO	\$6,345,948
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$6,345,948
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
9497065883	\$2,538,379	\$317,297	\$406,141	3	\$61,835	\$785,273

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual.	desarrollo y brindo siempre los servicios medicos de manera empatica y humana bajo la etica y la moral establecido	se brinda respeto y atencion segura al paciente
Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	se diligencia Historia clinica a acabadidad ys egun lo establecido
Conocer y aplicar las políticas institucionales	Conozco y doy cumplimiento a las políticas institucionales , además de apoyar la implementación de los mismos	cumplo con los procedimientos establecidos en el manual
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda	Participo en los procesos de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Se asiste a EAC, LSC, COXION CON LA GERENCIA, CONVERSATORIO DE CALIDAD
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades previo seguimiento por parte del supervisor y tramite del área de financiera competente.	asumo los valores que se generen por glosas relacionadas con mi labor medica	soportes por facturacion
Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional.	obro segun mi etica y responsabilidad como profesional de la salud de acuerdo al codigo de buen gobierno	historia clinica
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor	realizo aportes mensuales a salud, pension, arl segun la ley	soporte de pago como independiente
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	me adhiero a guias practica clinica y cumplo planes de mejora individual	historia clinica
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	cuido y velo por el buen uso de los elemetos entregados
Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 1	me adhiero a guias practica clinica y cumplo planes de mejora individual	me adhiero a guias practica clinica y cumplo planes de mejora individual
Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Se entrega informe mensual
Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Se asiste a EAC, LSC, COXION CON LA GERENCIA, CONVERSATORIO DE CALIDAD
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas	realizo de manera oportuna mis obligaciones y notifico inmediatamente cuando se me dificulta cumplir con estas	historia clinica
El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciera sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato previo seguimiento y notificación del superviso	cuido mi imagen intrainstitucional como extrainstitucional salvaguardando siempre mi profesion de medico general	mi buen comportamiento en cualquier ambiente social y laboral
En caso de ser designado como apoyo a la supervisión de un contrato, en atención a su competencia, experticia técnica, formación académica y/o idoneidad del perfil para el cumplimiento de un proyecto o convenio, o en caso de ser insuficiente el personal de planta para tal actividad, el CONTRATISTA se compromete a realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal seguimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico encomendado, dando cumplimiento al manual institucional .	realizo gestiones tecnico, administrativas dando cumplimiento al manual institucional	cumplimiento con las obligaciones y actividaes de contrato
El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica	brindo mi apoyo y conocimiento ante momentos de situaciones de emergencia	cuido y velo por la salud integral de mis pacientes
Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad en el formato establecido, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar por parte del supervisor el último servicio recibido.	de acuerdo a lo establecido al inicio del contrato acepto la terminacion de este en el timepo establecido	cumplimiento del contrato en tiempo establecido

Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.	cuido y contribuyo al cuidado del medio ambiente, desechando adecuadamente y en el lugar específico los residuos hospitalarios	reutilizar hojas de caneca de reciclaje, ahorrar luz del consultorio, no malgastar en agua de los consultorios ni de baños
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato	uso correctamente mis elementos de protección personal para prevenir eventos adversos y brindar una adecuada atención médica	uso de bata, tapabocas, guantes
Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesionales de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada, la cual será solicitada por la entidad en el momento que se requiera su soporte	tengo mi póliza de responsabilidad civil vigente, realizo los pagos en tiempo oportuno	Póliza de Responsabilidad Civil Profesional
El CONTRATISTA se obliga a realizar actividades de Docencia Servicio e investigación cuando lo requiera la Subred de acuerdo al procedimiento establecido para ello.	me interesa siempre servir y compartir el conocimiento ante los demás y que me pueda servir para realizar investigaciones futuras	asisto a jornadas laborales programadas cumpliendo con agenda
El CONTRATISTA se obliga a prevenir el abuso y el acoso sexual, a denunciar cuando tenga conocimiento de casos de violencias basadas en género y hacer un uso no sexista del lenguaje	rechazo siempre actitudes de acoso sexual	notifico cuando tengo conocimiento de abusos o acoso sexual
El CONTRATISTA se obliga a publicar en el expediente electrónico los soportes de la ejecución del presente contrato, para ello, cargará evidencia mensual de la cuenta de cobro aprobada y sus anexos, en Secop II ítem 7 ejecuciones del contrato.	presento cuenta de cobro y la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	soportes cuenta de cobro y de pago a seguridad social mes a mes
Para los casos que aplique EL CONTRATISTA deberá cumplir con las metas de producción acordadas con el supervisor del contrato para efectos de actividades y/o productos a prestar, conforme a los lineamientos pactados	atiendo a mis pacientes en tiempo establecido y cumpla con la cantidad de pacientes indicadas por hora	se diligencia Historia clínica a cabalidad y según lo establecido
cumplir con los lineamientos de la política de derechos Humanos de la Subred y garanticen el cumplimiento de la debida diligencia organizacional en DDHH 26. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual	cumpla a cabalidad con los derechos establecidos brindando adecuadamente el derecho a la salud	velo por la integridad y salud oportuna de mis pacientes
<p>David Eduardo Peñuela Jiménez 1018420569 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

TANIA MARIA GARZONRUBIO
C.C. 1.023.036.945 DE BOGOTA D.C.

La suma de \$6.536.412 SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS DOCE pesos m/cte., por concepto de prestación de servicios como MEDICO GENERAL en USS 68 BRITALIA con un total de 186 horas, valor hora de \$35.142 treinta y cinco mil ciento cuarenta y dos pesos m/cte. durante el periodo de 01 al 28 de FEBRERO DE 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. **1364-2026**.

A handwritten signature in black ink that reads "Tania Garzon". The signature is written in a cursive style with a large, sweeping initial 'T'.

TANIA MARIA GARZON RUBIO
C.C. 1.023.036.945 DE BOGOTA D.C.
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 03079087211

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023036945		GARZON RUBIO TANIA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 89 sur #7-11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3134091801	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	56361576	9499578602	I	2026/02/11	2026/02/12	BANCOLOMBIA	1	\$786,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vs	pc	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																											
																								\$2,538,380	\$406,200			\$2,538,380	\$317,300			\$0	\$0			\$2,538,380		\$61,900		\$0	\$0	\$785,400	
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																																											
																								\$2,538,380	\$406,200			\$2,538,380	\$317,300			\$0	\$0			\$2,538,380		\$61,900		\$0	\$0	\$785,400	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																											
																								\$2,538,380	\$406,200			\$2,538,380	\$317,300			\$0	\$0			\$2,538,380		\$61,900		\$0	\$0	\$785,400	
1	CC	1023036945	GARZON TANIA																			230301	30	\$2,538,380	\$406,200	EPS017	30	\$2,538,380	\$317,300		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,538,380	2.436%	\$61,900	0	\$0	\$0	No	\$785,400
Total Afiliados(1)																																											
																								\$2,538,380	\$406,200			\$2,538,380	\$317,300			\$0	\$0			\$2,538,380		\$61,900		\$0	\$0	\$785,400	

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$406,200	\$300	\$0	\$406,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$406,200	\$300	\$0	\$406,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$61,900	\$100	\$0	\$62,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$61,900	\$100	\$0	\$62,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$317,300	\$300	\$0	\$317,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$317,300	\$300	\$0	\$317,600
TOTAL				1	\$785,400	\$700	\$0	\$786,100