

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

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SANDRA ROCIO PEÑUELA MARTINEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	No.		52.764.604						
CORREO ELECTRONICO:		sandy14s@hotmail.com					CELULAR:		3006685250				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		FO03											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		MEDICINA INTERNA					SEDE:						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO03J05	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		007590298563							PENSIONADO		No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO		1753-2020					N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020		NÚMERO DE CRP		22654	FECHA	30/04/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestación de servicios y de apoyo a la gestión como MEDICO HOSPITALARIO III dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución											
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
				1	7	2020			31	7	2020		
VALOR HORA:		\$46.762											
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL		RESERVA DE GLOSA 0 %									
OBSERVACIONES: 108 HORAS EN JUNIO- 162 HORAS EN JULIO													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO										VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$42.085.800			
VALOR EJECUTADO										\$40.682.940			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$7.575.444			
VALOR A LIBERAR										\$0			
SALDO POR EJECUTAR										\$1.402.860			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										97%			
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:													
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.508 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					
9408175048	\$2.020.118	\$252.515		\$323.219		3	\$49.210	\$624.944					
Dado en Bogotá a los () días del mes de julio, del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
 SANDRA ROCIO PEÑUELA MARTINEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA				 Vo.Bo. ALEXANDER LOAIZA				 DR. RODOLFO DUARTE Supervisor					

Ubicación del Servicio:		MEDICINA INTERNA		Sede: SUBRED SUROCCIDENTE SEDE FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	1753/2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	7	2.020		31	7	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA ROCIO PEÑUELA MARTINEZ			C. C.	52,764,604			DE	BOGOTÁ D.C.	
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como MEDICO										
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐										
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
1- Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno.		100%	1-Recibi y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Libro de entrega de turno			
2- Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento remisión y/o reubicación e la subred.		100%	2, Elabore el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento remisión y/o reubicación e la subred, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Libro de entrega de turno			
3- Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.		100%	3, Evolucioné y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Historias clínicas de cada paciente			
4- Presentar los pacientes de área asignada al médico internista o especialista pertinente.		100%	4, Presenté los pacientes de área asignada al médico internista o especialista pertinente durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Historias clínicas de cada paciente			
5- Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias.		100%	5- Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Libro de entrega de turno			
6- Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.		100%	6- Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Historias clínicas de cada paciente			
7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.		100%	7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Historias clínicas de cada paciente			
8- Diligenciar los certificados médicos de función requeridos y pertinentes del área asignada.		100%	8. Diligencié los certificados médicos de función requeridos y pertinentes del área asignada durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Historias clínicas de cada paciente			
9- Participar en el proceso de enseñanza y aprendizaje a estudiante, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.		100%	9- Participé en el proceso de enseñanza y aprendizaje a estudiante, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Libro de entrega de turno			
10- Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio.		100%	10- Participé en las reuniones de actualización programadas por el servicio, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Lista de asistencia			
11- Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integrada durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.		100%	11- Pagé aportes al sistema general de seguridad social integrada durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratada.				Copia de la planilla pagada.			
OBSERVACIONES: 162 horas, certificadas por : _____										
TOTAL A PAGAR (Número y Letras): \$7,575,444 SIETE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS MONE										
SANDRA ROCIO PEÑUELA MARTINEZ C.C. 52.764.604 DE BOGOTÁ			Vo.Bo. LEXANDER LOAIZA			DR. RODOLFO DUARTE Supervisor				
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.										

Resumen General del Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razón Social		Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad - Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52764604		PERUELA MARTINEZ SANDRA ROCIO		INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 50# 150 - 28	BOGOTÁ - BOGOTÁ D. E.	3573079	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período	Clave		Tipo		Fecha		Pago		
	Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-06		2020-06	352475	9408175048	2/07/2020	2/07/2020	BANCO POPULAR	0	\$ 837.600,00
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS:1)				1	\$ 432.500,00	\$ 0	\$ 0	\$ 434.800	
ARL (ADMINISTRADORAS:1)	230301	800.224.808	8	1	\$ 432.500,00	\$ 0	\$ 0	\$ 434.800	
EPs (ADMINISTRADORAS:1)	14 11	890.903.790	5	1	\$ 65.900	\$ 0	\$ 0	\$ 66.300	
	ARL SURA			1	\$ 65.900	\$ 0	\$ 0	\$ 66.300	
	SANITAS	800.251.440	6	1	\$ 337.900	\$ 0	\$ 0	\$ 339.700	
TOTAL				1	\$ 837.600	\$ 0	\$ 0	\$ 837.600	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

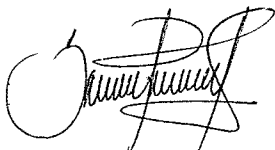
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SANDRA ROCIO PEÑUELA MARTINEZ

C.C 52,764,604 DE BOGOTÀ

La suma SIETE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS MCTE (\$7,575,444), por concepto de: Prestación de servicios y de apoyo a la gestión como MEDICO HOSPITALARIO III dentro de los diferentes procesos y procedimientos dela SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades dela institución, durante el periodo de 01 al 31 de JULIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1753/2020



SANDRA ROCIO PEÑUELA MARTINEZ

C.C 52,764,604 DE BOGOTÀ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007590298563