

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

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



| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|---------------|------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|------------|-----------------|------|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          |                    | María Alejandra Muñoz Rubiano                                                                                                                                                                                                                                      |            |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                    | C.C                                                                                                                                                                                                                                                                | X          | C.E             | NO.           |                                                            | 1,030,607,047 |                 |            |                 |      |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                    | aleja123092@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |               | CELULAR:                                                   |               | 3124967002      |            |                 |      |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          |                    | MEDICINA INTERNA                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                 |               | SEDE:                                                      |               | Kennedy         |            |                 |      |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                   |                   | Centro de costo          | %                  | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                                    | %          | Centro de costo | %             | Centro de costo                                            | %             | Centro de costo | %          | Centro de costo | %    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | KE10B04                  | 20%                | KE10I06                                                                                                                                                                                                                                                            | 80%        |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                 |                   | BANCOLOMBIA              |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | TIPO DE CUENTA: |               | Ahorros                                                    |               |                 |            |                 |      |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                    | 10852830943                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                 |               | PENSIONADO                                                 |               | No              |            |                 |      |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                            |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                    | 1042-2020                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                 |               | N° DE PAGOS DEL CONTRATO                                   |               | 12 de 12        |            |                 |      |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                       |                   | 1723                     |                    | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                              | 11/26/2020 |                 | NÚMERO DE CRP | 52036                                                      |               | FECHA           | 2020/11/30 |                 |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          |                    | Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO HOSPITALARIO I dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO 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               | 12            | 2020                                                       |               |                 | 31         | 12              | 2020 |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                    | \$6,390,588                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                   |                   | Asistencial              |                    | RESERVA DE GLOSA 0%                                                                                                                                                                                                                                                |            |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| OBSERVACIONES : SE COBRAN 186 HORAS A VALOR DE \$ 34.358 HORA                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                   |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               | VALORES                                                    |               |                 |            |                 |      |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                             |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               | \$90,668,966                                               |               |                 |            |                 |      |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               | \$90,632,406                                               |               |                 |            |                 |      |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               | \$6,390,588                                                |               |                 |            |                 |      |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               | \$0                                                        |               |                 |            |                 |      |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               | \$36,560                                                   |               |                 |            |                 |      |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               | 100.00%                                                    |               |                 |            |                 |      |  |
| 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 COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL                                                                                                                                                                                                                                                          | APORTE ARL | TOTAL APORTES   |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| 47078627                                                                                                                                                                                                                                            | \$2,556,235.20    | \$319,529                | \$408,998          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$62,270   | \$790,797       |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de diciembre del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                    |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| Cordialmente,                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               |                                                            |               |                 |            |                 |      |  |
| <br><b>DR ANDRES ALMANZAR</b><br>referente tecnico medicina interna                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |               | <br><b>MARIA ALEJANDRA MUÑOZ RUBIANO CC 1030607047 BTA</b> |               |                 |            |                 |      |  |



INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN  
DE SERVICIOS

Sur Occidente E.S.E.

Versión

3

Fecha de  
aprobación

2/15/2018

Código:

04-02-FD-0003



|                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                               |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |  |                                                          |  |   |  |                                     |  |     |  |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|----------------------------------------------------------|--|---|--|-------------------------------------|--|-----|--|-------|--|
| Ubicación del Servicio:                                                                                                                                                                                                                                              |  | MEDICINA INTERNA              |  | Sede: USS KENNEDY            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |  |                                                          |  |   |  |                                     |  |     |  |       |  |
| No. DE CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 1042-2020                     |  | Periodo certificado desde el |  | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Mes |  | Año                                                      |  | a |  | Día                                 |  | Mes |  | Año   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                               |  |                              |  | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 12  |  | 2,020                                                    |  |   |  | 31                                  |  | 12  |  | 2,020 |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                              |  | María Alejandra Muñoz Rubiano |  | C. C.                        |  | 1,030,607,047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | DE  |  | BOGOTA                                                   |  |   |  |                                     |  |     |  |       |  |
| 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 HOSPITALARIO I de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente |  |                               |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |  |                                                          |  |   |  |                                     |  |     |  |       |  |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____                                                                                                                                                                    |  |                               |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |  |                                                          |  |   |  |                                     |  |     |  |       |  |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                           |  |                               |  | PROGRAMADO                   |  | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |     |  |                                                          |  |   |  | PRODUCTOS ENTREGADOS                |  |     |  |       |  |
| 1. Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión                                                                                                                                                                                                         |  |                               |  | 100%                         |  | 1. Recibir y diligenciar 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 contratado..                                                                                           |  |     |  |                                                          |  |   |  | Libro de entrega de turnos          |  |     |  |       |  |
| 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 en la subred.                                                          |  |                               |  | 100%                         |  | 2. Elaboré listados 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 en 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 contratado.. |  |     |  |                                                          |  |   |  | Libro de entrega de turnos          |  |     |  |       |  |
| 3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.                                                                                                                                                                                     |  |                               |  | 100%                         |  | 3. Evolucioné y formulé 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 contratado..                                                                                                                           |  |     |  |                                                          |  |   |  | Historias Clínicas de cada paciente |  |     |  |       |  |
| 4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.                                                                                                                                                                         |  |                               |  | 100%                         |  | 4. Presenté los pacientes del 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 contratado..                                                                                                              |  |     |  |                                                          |  |   |  | 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 contratado..                                                                                                                                      |  |     |  |                                                          |  |   |  | Libro de entrega de turnos          |  |     |  |       |  |
| 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 contratado..                                                                                                                               |  |     |  |                                                          |  |   |  | 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 contratado..                                                                                                                       |  |     |  |                                                          |  |   |  | Historias Clínicas de cada paciente |  |     |  |       |  |
| 8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.                                                                                                                                                                      |  |                               |  | 100%                         |  | 8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y 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 contratado..                                                                                                           |  |     |  |                                                          |  |   |  | Historias Clínicas de cada paciente |  |     |  |       |  |
| 9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.                                                                                                                         |  |                               |  | 100%                         |  | 9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, 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 contratado..                                                           |  |     |  |                                                          |  |   |  | Libro de entrega de turnos          |  |     |  |       |  |
| 10. Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio                                                                                                                                                                                         |  |                               |  | 100%                         |  | 10. asistencia a actividades, reuniones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |     |  |                                                          |  |   |  | conocimiento y actualización        |  |     |  |       |  |
| 11. 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 quince (15) primeros días calendario de cada mes                                              |  |                               |  | 100%                         |  | 11. Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario del mes a certificar, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado                                                               |  |     |  |                                                          |  |   |  | Copia de planilla pagada            |  |     |  |       |  |
| OBSERVACIONES : SE COBRAN 186 HORAS A VALOR DE \$ 34,358 HORA                                                                                                                                                                                                        |  |                               |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |  |                                                          |  |   |  |                                     |  |     |  |       |  |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): ( \$ 6,390,588) SEIS MILLONES TRECEIENTOS NOVENTA MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS.- MCT                                                                                                                                         |  |                               |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |  |                                                          |  |   |  |                                     |  |     |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                               |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |  | Fecha recibido:                                          |  |   |  |                                     |  |     |  |       |  |
| CONTRATISTA : MARIA ALEJANDRA MUÑOZ RUBIANO CC 1030607047                                                                                                                                                                                                            |  |                               |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |  | DR ANDRÉS ALMANZAR<br>referente tecnico medicina interna |  |   |  |                                     |  |     |  |       |  |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                          |  |                               |  |                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |  |                                                          |  |   |  |                                     |  |     |  |       |  |

Último ingreso exitoso: 2020-12-10 / 07:13:38 AM | Último ingreso fallido: 2020-11-03 / 02:22:03 PM

Periodo Pensión: Noviembre 2020. Periodo Salud: Noviembre 2020.

Diciembre 10 de 2020 / 7:15 AM

Resumen de pago

## Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

|                         |                               |                               |                |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Empresa:                | MARIA ALEJANDRA MUÑOZ RUBIANO | Nit:                          | 1030607047     |
| Tipo planilla:          | I                             | Periodo liquidación Pensiones | Noviembre 2020 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL                     | Periodo liquidación Salud:    | Noviembre 2020 |
| Número de radicación:   | 47078627                      | Total a pagar:                | \$790,900      |
| Fecha de vencimiento:   | 11/12/2020                    | Total de empleados:           | 1              |
| Fecha de pago:          | 03/12/2020                    | 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:                    | BANCOLOMBIA                           | Número de aprobación: | 819513748                |
| Estado de la transacción: | Transacción aprobada                  |                       |                          |

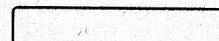
## Totales

| Código | NIT       | Administradoras | No. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total pagado |
|--------|-----------|-----------------|---------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|
| 14-11  | 890903790 | ARL SURA        | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$62,300     |
| 231001 | 800227940 | Colfondos       | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$409,000    |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS   | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$319,600    |
|        |           |                 |               |                                              |                                              | \$790,900    |

Gracias a estas acciones o datos recibidos de la información administradora correspondiente los descuentos

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

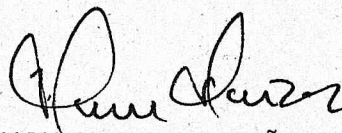
Recomendamos verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)

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

DEBE A:  
MARIA ALEJANDRA MUÑOZ RUBIANO  
CC 1.030.607.047 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE \$ 6.390.588 ( SEIS MILLONES TRECIENTOS NOVENTA MIL  
QUINIENTOS OCHETA Y OCHO PESOS ) , POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
COMO MÉDICO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA EN LA  
-UNIDAD DE KENNEDY, DURANTE EL PERIODO DE 01 AL 31 DE DICIEMBRE DE CONFORMIDAD CON  
LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°1042-2020



MARIA ALEJANDRA MUÑOZ RUBIANO  
C.C 1.030.607.047 DE BOGOTÁ  
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA  
NUMERO 10852830943