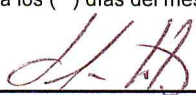
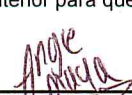


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1033733189		
CORREO ELECTRONICO:				anpao_0502@hotmail.com				CELULAR:		3017782152	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						KENNEDY					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				NEONATOS				SEDE:		KE10	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE10J09	100								
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				113-471759-29				PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				6446-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1	
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PEDIATRA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE 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:				\$11.237.250							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				NO APLICA			
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:								\$11.237.250			
VALOR EJECUTADO								\$11.237.250			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$11.237.250			
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 <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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
47123792	\$3.030.178	\$378.772	\$484.828	3	\$73.815	\$937.416					
Dado en Bogotá a los () días del mes-Diciembre del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
 DR. JERSON SILVA y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO - FIRMA DEL CONTRATISTA					

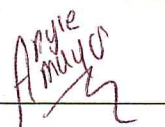
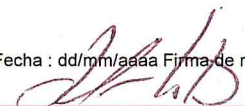
Ubicación del Servicio:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	Sede: KE10														
No. DE CONTRATO:	6446-2020	Periodo certificado desde el														
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Día</td> <td style="width: 10%;">Mes</td> <td style="width: 10%;">Año</td> <td style="width: 10%;">a</td> <td style="width: 10%;">Día</td> <td style="width: 10%;">Mes</td> <td style="width: 10%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">2.020</td> <td></td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">2.020</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	12	2.020		31	12	2.020
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
1	12	2.020		31	12	2.020										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">C. C.</td> <td style="width: 40%;">1.033.733.189</td> <td style="width: 10%;">DE</td> <td style="width: 40%;">BOGOTÁ</td> </tr> </table>	C. C.	1.033.733.189	DE	BOGOTÁ										
C. C.	1.033.733.189	DE	BOGOTÁ													

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 Pediatra de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cubrimiento de las áreas de Sala de Partos - Quinto Piso y la Unidad de Recién Nacidos según la programación y las necesidades presentadas. Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios y valores institucionales para realizar la prestación del servicio. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados. Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello.	100%	Cubrimiento de las áreas de Sala de Partos - Quinto Piso y la Unidad de Recién Nacidos según la programación y las necesidades presentadas.* Diligenciar las Historias Clínicas correspondientes manteniendo el orden adecuado en las mismas.* Ordenamiento e interpretación de Laboratorios clínicos, Imagenológicos y especializados anotando su interpretación en las historias.* Revista médica, clínica, académica y asistencial en las áreas asignadas. * Desarrollar las actividades asistenciales concertadas.* solicitar y dar respuesta a Interconsultas de otras especialidades.* Actividades Académicas con los Internos rotatorios y Estudiantes de Pediatría.* Procedimientos médicos quirúrgicos según necesidad de cada paciente. Participación activa en las reuniones pediátricas. * Apoyo en las otras áreas del Departamento que lo requiera.	Registros clínicos; Formatos * de evolución; Ordenes medicas; Notas de procedimientos; Interpretación de exámenes
Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello	100%	Se garantizo un adecuado proceso de registro de los estudios paraclínicos, datos del paciente, y demas ítems de la historia clinica	Nota de evolucion y seguimiento asi como interpretacion e indicaciones terapeuticas.
Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones y circulares de cualquier organo externo o interno que tenga que ver con la ejecución del contrato	100%	Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato.	
Anexar la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contrato mensualmente.No obstante lo anterior, el CONTRATISTA respondera civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de ley.	100%	se realiza pago de parafiscales para soportar valor de cuenta de cobro	Planilla de pago de parafiscales
Responder las glosas generadas si hubiere lugar	100%	No se presentaron glosas	informe de actividad y justificacion de glosas
Contribuir al mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad	100%		

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$11.237.250 (Once millones doscientos treinta y siete mil doscientos cincuenta pesos).

 ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO C.C 1.033.733.189 DE BOGOTÁ	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:  DR. JERSON SILVA
--	---

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1033733189	ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO	carrera 56 numero 147-58 casa 105	9268951	anpao_0502@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUICURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	I	04/12/2020	47123792	\$937.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	378.800

Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Valor					
0	0	0	0	378.800	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN		
Código AFP	Nombre	NIT
231001	Colfondos	800227940-6
		484.900

No. de Afiliados	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
	0	0	0		484,900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-11	ARL SURA	890903790-5	73.900

Mora	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
ción	73.900			739	73.900	1

TOTALES CAJAS		
Código CCF	Nombre	Valor Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
		SENA		
0	0	0	0	0
		ICBF		
0	0	0	0	0
		ESAP		
		MEN		

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IOE, LMA, IRR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	378.900	378.900
Pensión	1	484.900	484.900
Riesgos Laborales	1	73.900	73.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	937.500	937.500

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO

C.C 1.033.733.189 DE Bogotá

La suma de \$11.237.250 (Once millones doscientos treinta y siete mil doscientos cincuenta pesos), por concepto de: Prestación servicios Profesionales y de apoyo a la gestión como **Pediatra** en el área de Pediatría dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo de **01 al 31 de Diciembre del 2020** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6446-2020.



ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO

C.C 1.033.733.189 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 113-471759-29