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	1	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	1E-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Gloria Andrea Pedraza Cortés										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		1.031.148.486				
CORREO ELECTRONICO:			gloria_2908@hotmail.com				CELULAR:		3132331330				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:									FONTIBON				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:		Fontibon				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO08A10	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:			Davivienda				TIPO DE CUENTA:		ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			004800430409						PENSIONADO		No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5410-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	2020-11-26	NÚMERO DE CRP	55325	FECHA	30/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO GENERALdentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 HORA:					$27.487					
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		$0					

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:	$30.675.492
VALOR EJECUTADO	$30.675.492
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.112.582
VALOR A LIBERAR	
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9412555070	$2.045.033,00	$255.629	$327.205	$3	$49.817	**$632.651**

Dado en Bogota diciembre del año (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLORIA ANDREA PEDRAZA CORTÉS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**MEDICINA GENERAL**					**Sede: CAPS ZONA FRANCA**				
No. DE CONTRATO:	5410-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	12	2.020		31	12	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Gloria Andrea Pedraza Cortés		**C. C.**	1.031.148.486		**DE**	Bogota			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___X_ NO ____ Servicios: SI __X_ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Rrealizar las actividades y procedimiento diagnosticos y tera´peuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan tintegral del cuidado del paciente	si	Rrealize las actividades y procedimiento diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan tintegral del cuidado del paciente	por medio de la consulta medica se realizo el ejercicio medico profesional usando las herramaintas diagnsoticas con las que secuenta para el cuidado del paciente
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado maneo de la historia clinica de los pacientes	si	cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado maneo de la historia clinica de los pacientes	por medio del registro y archivo adeucado de la histroia clinica en el sistema de la subred se dio cumplimiento a las exigencias legales y eticas
llevar registro del atencion de los procedimientos , actividades e intervenciones asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	si	lleve registro del atencion de los procedimientos , actividades e intervenciones asi como mantuve actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	se diligencio adecuadamente la historia clinica y rips para efectos de estadistica , costos y facturacion
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	si	cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	se realizo diligenciamiento claro de la historia clinica y sus anexos dentro del marco logal y etico
participar en la programacion de las actividades del area	si	participe en la programacion de las actividades del area	participacion activa dentro de las actividades realizadas por la sub red
reportar eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	si	reporte eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	por medio de las herramientoas dispuestas en la intranet y registrofisico se reporto dichos eventos
notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	si	notifique las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	por medio de las herramientoas dispuestas en la intranet y registrofisico se reporto dichos eventos para la mejoria de la calidad en atencion del paciente
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	si	imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	por medio de los elemnetos y herramientas dispuestas se inidico el manejo al resto del equipo de salud
diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	si	diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	se realizo diligenciamiento claro de la historia clinica y sus anexos con las exiogencias requieridas
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	si	diligencie el consentimiento informado acorde al procedimiento	se realizo diligenciamiento claro de la historia clinica y sus anexos incluidos los consentimeintos informados con las exiogencias requieridas
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	si	practicipe el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	en el actomedico de la consulta se dio seguimiento y control a los casos indicados
informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	si	informe al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	en el actomedico de la consulta se la informacion pertinente al familiar y paciente quedando registro en la historia clinica
emitir conceptos medicos que se le requieran	si	emitir conceptos medicos que se le requieran	en el actomedico de la consulta y el ejercicio profesional se dio informacion sobre conceptos requeridos
apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según los requerimientos de la subred	si	apoye el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según los requerimientos de la subred	se dio apoyo activo en las activoldades realcionadas con las mejoras en la calidad de atencion y funcionalidad de la subred
elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que certifique el cumplimiento	si	elabore informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que certifique el cumplimiento	por medio de informe de actividades mensuales se dio conococimineto de las mismas al supervisor correspondiente
responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	si	respondi por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	se hizo entrega de los elemantos entregados al personal de seguiridad o de enfermeria según el caso al finalizar las jornadas diarias con el correespondiente registrode los mismos
participar en las jornadas de capacitacion, induccion, equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	si	participe en las jornadas de capacitacion, induccion, equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	acudi y realice registro de la asistencia a las reuniones y capacitaciones realizadas
conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	si	conoci y di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas apoye la implementacion de los mismos	por medio de la asistencia a capacitaciones y del emismo ejercico y registro de actividades en la historia clinica se da informe y aplicación de los procesos descritos
apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	si	apoye a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	por medio de la asistencia a capacitaciones y del emismo ejercico y registro de actividades en la historia clinica se da informe y aplicación de los procesos descritos
registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	si	registre las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	por medio del registro y archivo adeucado de la histroia clinica en el sistema de la subred se dio cumplimiento a las exigencias dadas por la subred
entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	si	entrege la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	se reliza entrega fisca de dicha constacioa deafiliacion y pago emsual de dicha obligacion
realizar las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	si	realice las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	fueron aplicacdas según lo describe el contrato y según lo indica el supervisor del mismo

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $5.112.682

GLORIA ANDREA PEDRAZA CORTES

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031148486		PEDRAZA CORTES GLORIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV BOYACA 52a 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9325683	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	819948128	9412555070	I	2020/12/21	2020/12/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$632,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$327,300	$0	$0	$327,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$327,300	$0	$0	$327,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$49,900	$0	$0	$49,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$49,900	$0	$0	$49,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,700	$0	$0	$255,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$255,700	$0	$0	$255,700
TOTAL				1	$632,900	$0	$0	$632,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031148486		PEDRAZA CORTES GLORIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV BOYACA 52a 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9325683	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	819948128	9412555070	I	2020/12/21	2020/12/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$632,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,045,033	$327,300			$2,045,033	$255,700			$0	$0			$2,045,033	$49,900		$0	$0		$632,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,045,033	$327,300			$2,045,033	$255,700			$0	$0			$2,045,033	$49,900		$0	$0		$632,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,045,033	$327,300			$2,045,033	$255,700			$0	$0			$2,045,033	$49,900		$0	$0		$632,900
1	CC	1031148486	PEDRAZA GLORIA																		25-14	30	$2,045,033	$327,300	EPS037	30	$2,045,033	$255,700		0	$0	$0		14-11	30	$2,045,033	$49,900	0	$0	$0	No	$632,900
Total			**Afiliados(1)**																				$2,045,033	$327,300			$2,045,033	$255,700			$0	$0			$2,045,033	$49,900		$0	$0		$632,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031148486		PEDRAZA CORTES GLORIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV BOYACA 52a 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9325683	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	819948128	9412555070	I	2020/12/21	2020/12/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$632,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$327,300	$0	$0	$327,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$327,300	$0	$0	$327,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$49,900	$0	$0	$49,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$49,900	$0	$0	$49,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,700	$0	$0	$255,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$255,700	$0	$0	$255,700
TOTAL				1	$632,900	$0	$0	$632,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031148486		PEDRAZA CORTES GLORIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV BOYACA 52a 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9325683	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	819948128	9412555070	I	2020/12/21	2020/12/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$632,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1031148486	PEDRAZA GLORIA																		25-14	30	$2,045,033	$327,300	EPS037	30	$2,045,033	$255,700		0	$0	$0	14-11	30	$2,045,033	$49,900	0	$0	$0	No	$632,900
Total	**Afiliados(1)**																						$2,045,033	$327,300			$2,045,033	$255,700			$0	$0			$2,045,033	$49,900		$0	$0		$632,900

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

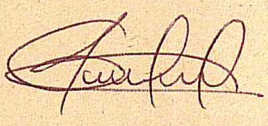
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GLORIA ANDREA PEDRAZA CORTÉS

C.C 1031148486 DE BOGOTÁ

La suma de $ 5.112.582 Cinco millones ciento doce mil quinientos ochenta y dos mil pesos m/cte, por concepto de: Prestación de Servicios como médico general, en el Área de consulta externa del CAPS zona franca, con un total de 186 horas, valor hora de $ 27.487, durante el periodo del 1 al 31 de diciembre de presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5410-2020.



GLORIA ANDREA PEDRAZA CORTÉS

C.C 1031148486 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004800430409