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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ANGELA SUAREZ CAMARGO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1055273729							
CORREO ELECTRONICO:	langelasuarez@hotmail.com				CELULAR:	3213898861							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO03B01	70%	FO03B02	30%									
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	489801242947								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2601-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP		23430	FECHA	30/04/2020		
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.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2020		31	7	2020		
VALOR HONORARIOS DIARIOS:	$30.785									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%								

OBSERVACIONES: TOTAL HORAS EN JUNIO: 180. TOTAL HORAS EN JULIO: 180

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$34.910.190
VALOR EJECUTADO	$34.725.480
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.541.300
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$184.710
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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 $2,194,508 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
9408064279	$2.216.520	$277.065	$354.643	3	$53.994	**$685.703**

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

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luz Angela Suárez C

LUZ ANGELA SUAREZ CAMARGO
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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS							**Sede: UNIDAD FONTIBON**			
No. DE CONTRATO:	2601-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**		**Día**	**Mes**	**Año**
			01	7	2020			31	07	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ANGELA SUAREZ CAMARGO		**CC**		1.055.273.729		**DE**	STA ROSA DE VTBO		

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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	100%	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	100%	Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	100%	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Participar en la programación de actividades del área.	100%	Participo en la programación de actividades del área.	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	100%	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	ORDENES MEDICAS
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	CUANDO SE REQUIERA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	100%	Emito conceptos médicos que se le requieran.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	100%	Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	CUANDO SE REQUIERA
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	100%	Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Participare en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

OBSERVACIONES: 180 HORAS DEL MES DE JULIO.

OBSERVACIONES:	**$ 5, 541,300**	**CINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE**

Luz Angela Suárez

CONTRATISTA: LUZ ANGELA SUAREZ CAMARGO C.C 1055273729

SUPERVISOR: RODOLFO DUARTE CELY

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

Fecha : JUNIO 2020

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 1055273729		SUAREZ CAMARGO LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 60 79b 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4767501	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	673747775	9408064279	I	2020/07/08	2020/07/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$685,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																			
1	CC 1055273729	SUAREZ LUZ									X								
Total		Afiliados(1)																	

Fila	PENSION				SALUD			
	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$2,216,520	$354,700			$2,216,520	$277,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$2,216,520	$354,700			$2,216,520	$277,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			$2,216,520	$354,700			$2,216,520	$277,100
1	25-14	30	$2,216,520	$354,700	EPS037	30	$2,216,520	$277,100
Total Afiliados(1)			$2,216,520	$354,700			$2,216,520	$277,100

Fila	CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes
	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$0	$0			$2,216,520	$54,000		$0	$0		$685,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$0	$0			$2,216,520	$54,000		$0	$0		$685,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			$0	$0			$2,216,520	$54,000		$0	$0		$685,800
1		0	$0	$0	14-11	30	$2,216,520	$54,000	0	$0	$0	No	$685,800
Total Afiliados(1)			$0	$0			$2,216,520	$54,000		$0	$0		$685,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1055273729		SUAREZ CAMARGO LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 60 79b 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4767501	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	673747775	9408064279	I	2020/07/08	2020/07/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$685,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$354,700	$0	$0	$354,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$354,700	$0	$0	$354,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,000	$0	$0	$54,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$54,000	$0	$0	$54,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$277,100	$0	$0	$277,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$277,100	$0	$0	$277,100
TOTAL				1	$685,800	$0	$0	$685,800

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ ANGELA SUÁREZ CAMARGO

C.C. 1.055.273.729 DE STA ROSA DE VITERBO

La suma de $5.541.300, por concepto de: (PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA 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) durante el periodo del 01 al 31 JULIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2601-2020

Luz Angela Suárez C.

LUZ ANGELA SUÁREZ CAMARGO

C.C. 1.055.273.729 DE SANTA ROSA DE VTBO

CUENTA DE AHORROS N° 489801242947

N° 2601-2020