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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Mario Alberto Florez Poveda							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	80743277		
CORREO ELECTRONICO:	marioaflorezp@gmail.com				CELULAR:	2895610		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PEDIATRIA BOSA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	B035I05	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550008000693146					PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	765			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	1334	FECHA	2023-06-07 09:35:35.000	NÚMERO DE CRP	27401	FECHA	2023-06-10 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-04-01		2023-04-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$15,793,536						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

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:	$78,967,680
VALOR EJECUTADO	$49,354,800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$15,793,536
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$29,612,880
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	63%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9449505181	$7,304,510	$913,064	$1,168,722	3	$177,938	$2,259,723

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	• Se realizan procedimientos diagnosticos y terapeuticos para todos los pacientes atendidos lo cual se puede verificar en el programa Dinamica Gerencia	Historia clinica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Se diligencia historia clinica con las exigencias legales y adecuadas a todos los pacientes	Historia clinica
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	Se lleva registro de las actividades e intervenciones la cual se relaciona en Dinamica Gerencial	Historia Clinica
Participar en la programación de actividades del área	• Se participo en las actividades programadas por el área	• Se participo en las actividades programadas por el área
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se reportan todos los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida y según los estándares planteados	Se reportan todos los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida y según los estándares planteados
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	No se presentaron para el presente periodo	No se presentaron para el presente periodo
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Se imparten instrucciones constantemente al personal asistencial para la atención de pacientes	Se imparten instrucciones constantemente al personal asistencial para la atención de pacientes
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se diligencian en forma adecuada los formatos requeridos por el servicio	Se diligencian en forma adecuada los formatos requeridos por el servicio
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Se diligencian todos los consentimientos informados por cada procedimiento realizado lo cual se puede verificar en el sistema	Se diligencian todos los consentimientos informados por cada procedimiento realizado lo cual se puede verificar en el sistema
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	• Se informa a todos los pacientes y familiares sobre su condición y plan de tratamiento	• Se informa a todos los pacientes y familiares sobre su condición y plan de tratamiento
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Se emiten conceptos médicos y diagnósticos en todos los pacientes atendidos	Historias clinicas
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Se realiza informe mensual de las actividades realizadas	Se realiza informe mensual de las actividades realizadas
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Se manejan de manera adecuada los elementos entregados para el desempeño de las funciones	Se manejan de manera adecuada los elementos entregados para el desempeño de las funciones
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	• se participo en las jornadas de capacitación del área	• se participo en las jornadas de capacitación del área
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	• se participo en las jornadas de capacitación del área	• se participo en las jornadas de capacitación del área
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	• se anexan las constancias de pago al sistema de seguridad social	• se anexan las constancias de pago al sistema de seguridad social

Copia Certificado Subred Sur Occidente

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 3d0b4e115cf7cabe80ec3225a97b78b421e4653f6e4843af0568750701fdbe7a6c0db3fd035ff5186facdc27abf65cca

Número de Factura: MF-28
Fecha de Emisión: 19/04/2023
Fecha de Vencimiento: 30/04/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO
Nombre Comercial: FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO
Nit del Emisor: 80743277
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 51 SUR 61 D 28
Teléfono / Móvil: 2895610
Correo: marioaflorezp@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 4441111
Correo: cxpreduroccidente@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	01	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS SUR OCCIDENTE	NIU	192,00	$ 82.258,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.793.536,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

Servicios prestados en el mes de abril 2023
Linea de negocio: SERVICIOS DE SALUD

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2023-04-19 07:22:31
Documento generado el: 2023-04-19 07:22:30
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			15.793.536,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			15.793.536,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			15.793.536,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	15.793.536,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764044091159 Rango desde: 22 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2023-08-07

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80743277		FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 51 sur # 61d 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2895610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	2020932846	9449505181	I	2023/04/21	2023/04/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,333,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,304,510	$1,242,000			$7,304,510	$913,100			$0	$0			$7,304,510	$178,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,304,510	$1,242,000			$7,304,510	$913,100			$0	$0			$7,304,510	$178,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$7,304,510	$1,242,000			$7,304,510	$913,100			$0	$0			$7,304,510	$178,000		$0	$0
1	CC 80743277	FLOREZ MARIO	25-14	30	$7,304,510	$1,242,000	EPS001	30	$7,304,510	$913,100		0	$0	$0	14-11	30	$7,304,510	$178,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$7,304,510	$1,242,000			$7,304,510	$913,100			$0	$0			$7,304,510	$178,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80743277		FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 51 sur # 61d 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2895610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	2020932846	9449505181	I	2023/04/21	2023/04/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,333,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,242,000	$0	$0	$1,242,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,242,000	$0	$0	$1,242,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$178,000	$0	$0	$178,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$913,100	$0	$0	$913,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$913,100	$0	$0	$913,100
TOTAL				**1**	**$2,333,100**	**$0**	**$0**	**$2,333,100**