JENNY CAROLINA ARIZA CORREA

C.C: 1032378023 - 1
Ciudad: BOGOTÁ, D.C., Bogotá
Teléfonos: 3102304937
Dirección: AV CARRERA 60 # 22-99

IVA REGIMEN SIMPLIFICADO ICA, ACTIVIDAD ECONOMICA 8621- RESOLUCION DIAN 18764001868675 DE 2020/08/10

Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764042081400 del 2022-12-28 al 2023-06-28 autorizado del FVD610 al FVD700

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA # **FVD618**

Fecha factura: abr. 18, 2023 15:59:21
Vencimiento: abr. 18, 2023
Tipo de pago: Contado
Medio de pago: Consignación bancaria
Moneda: COP

FACTURADO A:

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD SUROCCIDENTE
NIT: 900959048-4
Email: facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co
Tel: 4399090
Dirección: Cl. 9 #39-46
Ciudad: BOGOTÁ, D.C. / COLOMBIA

#	CÓDIGO	NOMBRE	CANT.	PRECIO UNIT.	% DESC.	IMPUESTOS	SUBTOTAL	TOTAL
1	001	**HONORARIOS MEDICOS** Unidad: 94 PEDIATRA INTENSIVISTA	90	$ 113,975.00	0%	IVA:0% INC:0%	$ 10,257,750.00	**$ 10,257,750.00**

Cantidad de lineas: 1

NOTAS
FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA No. 458200058899

Observación

RESUMEN

Subtotal:	**$ 10,257,750.00**
TOTAL	$ 10,257,750.00

Valor en letras: DIEZ MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS

CUFE: 294ac2a9e11e75ba39e035a6c310bf2acdc2b3bd0865771efd8736f830cb556c379e6709393e4297eb7cb3a05055e1b8

Proveedor Tecnológico: FACTURE SAS – NIT 900399741 – Software: PL-COLAB.

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:	Jenny Carolina Ariza Correa						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1032378023	
CORREO ELECTRONICO:	carolina_ariza1@hotmail.com				CELULAR:	6226221	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UCI PEDIÁTRICA OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10J03	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	458200058899				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1134			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	1334	FECHA	2023-06-07 09:35:35.000	NÚMERO DE CRP	27716	FECHA	2023-06-10 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- INTENSIVISTA PEDIATRICO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-04-01		2023-04-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$10,257,750						
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:	$36,472,000
VALOR EJECUTADO	$32,824,800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10,257,750
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,647,200
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	90%

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
67129224	$4,923,720	$615,465	$787,795	3	$119,942	$1,523,202

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

JERSON SILVA VASCO
80219823
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
1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos resoluciones, circulares de cualquier organo externo o reglamento interno, codigo o directriz interna de la E.S.E que tenga relacion con la ejecucion del objeto del presente contrato	1) Cubrimiento del área de Cuidado Intensivo Pediatrico 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, Imagenologicos y especializados anotando su interpretación en las historias.* Revista médica, clínica, académica y asistencial en las áreas asignadas. * Desarrollar las actividades asistenciales consertadas.* solicitar y dar respuesta a Interconsultas de otras especialidades.* Actividades docente asistenciales. Procedimientos médicos quirúrgicos según necesidad de cada paciente.	Registros de valoración y evolución en la Historia Clínica completa , realizacion de ingreso y epicrisis de los pacientes a la uniadd de cuidod intensivo pediatrico, Continuación del proceso docente asistencial con estudiantes de post grado asignados. reposnder i Interconsultas solicitadas
2, Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a hello hubiere lugar	2) *Informar a la jefatura del Departamento sobre inconvenientes presentados en la prestación del servicio. Buscar y aportar soluciones para mejorar la calidad y oportunidad del mismo	notificaciones a superiores sobre solicitud de faltantes para adfecuado funcionameinto de la unidad
3, obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecucion del presente contrato, de acuerdo al codigo del buen gobierno y ética institucional y/o profesional	3) Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.	adecaudo proceso de valoracion y manejo de los paciente de aceurdo a nuestra vision y mision
4.pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primero dias calendario de cada mes.	4) Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato	entrega de recibo de pago de segurada social
5, cumplir con la adherencia a las guias de manejo manuales instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	5) 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, tanto en Las áreas de Ginecoobstetricia, Unidad de Recién Nacidos, Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización	custodioa de historia clinica durante la hospitalizacion en cuidado intensivo pediatrico, informacion a repersentantes legal del menor hospitalizado
6, desarrolar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promocion, cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestion de la subred suroccidente relacionados con la gestion ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestion documental y archivo, sistema unico de acreditacion, responsabilidad social, seguridad de la informacion y control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas	6) Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, Urgencias, cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. El seguimiento por procedimiento debe ser realizado por el médico tratante hasta la evolución satisfactoria	realizar procedimiento invasivos y no invasivos que requie l paciente en la unidad de cuidado intensvio pediatrico
7,contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantia e la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operacion de los componentes del sistema unico de habilitacion,auditoria para le mejoramiento de calidad, sistema unico acreditacion y sistema de informacion	7) Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención	Ejecución de procedimientos seguros de trabajo en las actividades realizadas dentro del el reglamento de higuiene y seguridad
8, cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema unico de acreditacion, gestio de riesgo, , humanizacion de la atencion, trasfomracion cultural, gestion clinica excelente y segura, gestion de la tecnologia, atencion centrada en el usuario y resposabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas	8) Llevar y presentar controles estadísticos con fines científicos, administrativos y reportar enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiología y al interventor del contrato, recibir la capacitación en Vigilancia epidemiológica y las políticas institucionales en uso de antibióticos. Dicha información debe ser consolidada y presentada al interventor como soporte para la certificación de actividades.	diligenciamiento con enfermeria de libro de ingresos y egresos de la unidad, llenado de rip al egreso Copia de la planilla de pago del SGSSS, del mes certificado.

Copia Controlada Subred Suroccidente

JERSON SILVA VASCO
80219823
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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032378023	JENNY CAROLINA ARIZA CORREA	CALLE 94 A 21 60	8415690	carolinaariza1986@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	18/04/2023	67129224	$1.625.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	618.800	0		0		0	7	5.400	0	624.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	792.000	0	0	24.800	24.800	7	6.900	600	849.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	120.600				120.600	7	1.100	121.700			1.206	121.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.700	7	300	30.000	1

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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	618.800	624.200
Pensión	1	841.600	849.100
Riesgos Laborales	1	120.600	121.700
CCF	1	29.700	30.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.610.700	1.625.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032378023	JENNY CAROLINA ARIZA CORREA		CALLE 94 A 21 60	8415690	carolinaariza1986@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	18/04/2023	67129224	$1.625.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032378023	ARIZA CORREA JENNY CAROLINA	59	0			N								X								25-14	4.950.000	792.000	0	0	24.800	24.800	EPS005	4.950.000	618.800	14-11	4.950.000	3	120.600	CCF24	4.950.000	29.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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