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:	CINDY CATALINA SOTELO MALDONADO										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		X		C.E			No.	1020730330		
CORREO ELECTRONICO:	catas182@gmail.com							CELULAR:	6712236		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL							SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE11A26	20	KE11B05	40	KE11I05	40					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A						TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488403402560								PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3836			VIGENCIA	2022		
NÚMERO DE CDP	143	FECHA	2023-01-17 16:18:14.000	NÚMERO DE CRP	5568	FECHA	2023-01-17 20:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2022-11-01		2022-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$14,837,508				
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:	$159,635,520
VALOR EJECUTADO	$145,297,284
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$14,837,508
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$14,338,236
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	91%

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
63201766	$6,178,018	$772,252	$988,483	3	$150,497	$1,911,232

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

SAIRA ANDREA MELO GUZMAN
23846067
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
cumplir con las leyes, Decretos, Acuerdos Resoluciones, Circulares de cualquier organo externo o Reglamento interno, código o directriz Interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	Cubrimiento para al programa de Atención Hospitalaria, con el fin de prestar servicios con calidad y eficiencia a los pacientes en el servicio de Urgencias Pediatría y en el área de Hospitalización, cuando se requiera de sus servicios, con el fin de dar cumplimiento a los convenios y contratos con las diferentes entidades tales como el SOAT, ASR, FFD y EPS. De conformidad a la moral y de manera eficaz y oportuna. Receptividad y buen trato al paciente y a los compañeros, conocimiento y destreza los procedimientos del área para lo cual se hace la contratación.	Se cumplio en un 100% en programa de atención hospitalaria con calidad y de forma oportuna.
Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente ontrato, de acuerdo con el código del buen gobierno y ética Institucional y/o Profesional.	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.	Se informa sobre inconvenientes presentados para realizar plan de mejora institucional,
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimi del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignidades.	Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.	Se dispone de la mejor actitud para la atención de pacientes con calidad, siguiendo valores institucionales
Pagar sus aportes al Sistema General de Salud Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.	Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato	Se actua con autonomía y profesionalismo.
Cumplir con las adherencias a las guias de manejo manuales instructivos, protocolos, procesos y proocedimientos institucionales.	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 Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.	Se respetan los derechos de los pacientes con ética médica en cualquier mabito hospitalario
Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recurss del Sistema Integrado d Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestióndocumental y archivo Sistema ünico de acreditación, Responsabilidad social , Seguridad de la Información y control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades signadas.	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.	Se utilizan las herramientas diagnósticas y terapéuticas necesarias para la atención de pacientes.
Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorios de Garantia de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componenetes del Sistema Unico de Habilitació, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema unico de acreditación y Sistema deInformación.	Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención.	Se realizan y participan en actividades académicas institucionales teniendo en cuenta procesos de formación a diferente nivel.
cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel Institucional para elmantenimiento y mejora de los Ejes del sistema Unico de Acreditación: Gestión del riesgo, humanización de la atención, Transformación cultural, Gestión clinica excelente y segura. Gestión de acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	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.	Se reportan y realizan fichas epidemiologicas exigidas por el ministerio para la adecuada vigilancia epidemiológica.
Cumplir con las políticas gerenciales, Acuerdos Intitucionales, Protoclos éticos, Planes , Programas, Procesosy Procedimientos definidos en el marco de operación de la subred suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Llenar a cabalidad los formatos de las historias clinicas, reportes de estudios deacuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clinicas de la institucion respaldando toda actuacion con su firma y sello.	Se realiza una adecuada historia clínica siguiendo lineaminetos legales.

Copia Certificada Subred Suroccidente

SAIRA ANDREA MELO GUZMAN
23846067
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	1020730330	CINDY CATALINA SOTELO MALDONADO	CALLE 174 BIS N 63 - 64	5286040	catas182@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	
2022-10	2022-10	I	10/11/2022	63201766	$1.975.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	772.300	0		0		0	1	800	0	773.100	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
230901	Old Mutual	800253055-2	988.500	0	0	30.900	30.900	1	1.000	200	1.051.500	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	150.500				150.500	1	200	150.700			1.505	150.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	772.300	773.100
Pensión	1	1.050.300	1.051.500
Riesgos Laborales	1	150.500	150.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.973.100	1.975.300

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020730330	CINDY CATALINA SOTELO MALDONADO	CALLE 174 BIS N 63 - 64	5286040	catas182@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-10	I	10/11/2022	63201766	$1.975.300	

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	Estornado	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	1020730330	SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA	59	0			N																	230901	6.178.017	988.500	0	0	30.900	30.900	EPS017	6.178.017	772.300	14-11	6.178.017	3	150.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=wFoDnouGpOpu4YzANiGqZw==

Hermosa cabaña en... VPN-HSJ Iniciar sesión

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1020730330
NOMBRES	CINDY CATALINA
APELLIDOS	SOTELO MALDONADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/05/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 12/01/2022 09:57:30 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información: en este caso de las EPS, EOC y

Escribe aquí para buscar 15°C Parc. soleado ESP 9:57 a. m. 01/12/2022

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : a7e50e8edd2e9b937abc67d5ae6aa88bfa009d509e087917e136f73042583ab5b0c0009f374ebbdc6aa414a3dd6cb7d1

Número de Factura: CCSM-19
Fecha de Emisión: 30/11/2022
Fecha de Vencimiento: 05/12/2022
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA
Nombre Comercial: SOTELO MALDONADO CINDY CATALINA
Nit del Emisor: 1020730330
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 174 BIS 63 64 BRR VILLA DEL PRADO
Teléfono / Móvil: 6712236
Correo: catas182@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 5551347
Correo: lidertintal@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	**Código**	**Descripción**	**U/M**	**Cantidad**	**Precio unitario**	**Descuento detalle**	**Recargo detalle**	**IVA**	**%**	**INC**	**%**	**Precio unitario de venta**
1	01	HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA HOSPITALIZACION	HUR	144,00	$ 84.142,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 12.116.448,00
2	02	HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA - AMBULATORIO	HUR	36,00	$ 75.585,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.721.060,00

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

Linea de negocio: HONORARIOS PEDIATRIA NOV 22

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2022-11-30 12:39:31
Documento generado el: 2022-11-30 12:39:30
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			14.837.508,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			14.837.508,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			14.837.508,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	14.837.508,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764040241993 Rango desde: 19 Rango hasta: 500 Vigencia: 2023-05-25