| 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: | GUSTAVO ADOLFO PARRA RODRIGUEZ | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 722629 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ghustv@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3195636581 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URGENCIAS PEDIÁTRICAS PATIO BONITO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11B05 | 70 | KE11I05 | 30 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4670189200 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3358 | | | VIGENCIA | | 2022 | |
| NÚMERO DE CDP | 143 | FECHA | 2023-01-17 16:18:14.000 | NÚMERO DE CRP | 6389 | FECHA | 2023-01-17 20:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2022-10-01 | | 2022-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $17,669,820 | | | | |
| 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: | $156,504,120 |
| VALOR EJECUTADO | $150,950,748 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $17,669,820 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,553,372 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 96% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9441235325 | $6,462,106 | $807,763 | $1,033,937 | 3 | $157,417 | $1,999,117 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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 |
|---|---|---|
| Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | • Se realizan las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos indicados según las guías de manejo institucionales para el manejo de las patologías vista en la población infantil | • Evidencia en la Historia clinica en Dinámica Gerencial |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | • Se cumplen con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica de los pacientes | • Constatado en Dinámica Gerencial |
| 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 los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas al paciente. | • Registro evidenciado por medio de la Historia clinica en Dinámica Gerencial |
| Participar en la programación de actividades del área. | • Participé en las actividades programadas del servicio | • Registro de asistencia por mail o actas |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | • Se reportan de forma oportuna y adecuada los eventos de notificación obligatoria | • Demostrado en el diligenciamiento de las respectivas fichas de notificación |
| 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. | • Realización de notificación de las respectivas fallas de calidad que se presentan en el servicio, participando activamente en los planes de mejora definidas para el servicio. | • Registrado en la plataforma |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | • Comunicación asertiva con el equipo de trabajo al momento de Impartir instrucciones sobre conductas definidas sobre el paciente pediátrico | • Evidenciado en el cumplimiento de la indicación |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | • Adecuado diligenciamiento de los formatos relacionados con la atención del paciente pediátrico cumpliendo con los criterios respectivos | • Mostrado en la historia clínica escrita o diligenciada en aplicativo Dinámica Gerencial. |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | • Se realiza el respectivo consentimiento informado acorde al procedimiento | • Consentimiento informado guardado diligenciado y firmado |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | • Se indica de forma escrita y verbal el seguimiento y control requerido según la necesidad del paciente | • Evidencia escrita bajo una indicación diligenciada en el formato de historia clinica bajo el aplicativo de Dinámica Gerencial. |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | • Se informa al familiar sobre el estado del paciente pediátrico, plan de manejo y resultados de pruebas realizadas | • Informe verbal registrado también en el formato de historia clinica |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | • Se emiten conceptos médicos requeridos según la condición del paciente. | • Conceptos registrados en la Historia Clinica |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | • Se cumple y apoyan las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | • Mediante actas y registros visuales |
| 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 elabora mensualmente un informe sobre las actividades realizadas para la certificación de cumplimiento del contrato. | • Se diligencia informe escrito de dichas actividades el cual es estregado al respectivo supervisor |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | • Me responsabilizo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades y se entregaran a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | • Acta de entrega y devolución de dichos elementos |
| 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. | • Participación en Actividad de ASEGURATE MES DE OCTUBRE BUENAS PRACTICAS DE COMUNICACIÓN CLINICA | • Registro de asistencia por mail o actas |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | • Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred y apoyo la implementación de los mismos. | • Verificación en la plataforma de Dinámica Gerencial. |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales | • Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | • Constancia en actas y registros on line |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | • Se realiza el respectivo registro de las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio | • Registro de dichas actividades en la plataforma SURESOC |
| Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | • Participaré en las investigaciones que adelante la Subred y que correspondan a mi especialidad. | • Quedara verificado por los respectivos registro formales e informales de dicha participación |

Copia Controlada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | • "No realizo supervisión contratos " | • No queda registro |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | • Se entrega mensualmente en el tiempo estipulado la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales | • Se entregan soportes impresos de dichas obligaciones |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | • Se realizan las actividades que me son asignadas acordes con el objeto del contrato. | • Constancia en actas, registros escritos, correos, registros on line, plataforma Dinámica Gerencial, aplicativos respectivos |

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

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CE 722629 | | PARRA RODRIGUEZ GUSTAVO ADOLFO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 163B#50-92 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7471258 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-09 | 2022-09 | 1697332898 | 9441235325 | I | 2022/10/10 | 2022/10/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $965,300 |

**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)** | | | | | $0 | $0 | | | $6,462,106 | $807,800 | | | $0 | $0 | | | $6,462,106 | $157,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $0 | $0 | | | $6,462,106 | $807,800 | | | $0 | $0 | | | $6,462,106 | $157,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $0 | $0 | | | $6,462,106 | $807,800 | | | $0 | $0 | | | $6,462,106 | $157,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CE | 722629 PARRA GUSTAVO | | 0 | $0 | $0 | EPS010 | 30 | $6,462,106 | $807,800 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $6,462,106 | $157,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $0 | $0 | | | $6,462,106 | $807,800 | | | $0 | $0 | | | $6,462,106 | $157,500 | | $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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CE 722629 | | PARRA RODRIGUEZ GUSTAVO ADOLFO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 163B#50-92 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7471258 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-09 | 2022-09 | 1697332898 | 9441235325 | I | 2022/10/10 | 2022/10/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $965,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $157,500 | $0 | $0 | $157,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $157,500 | $0 | $0 | $157,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $807,800 | $0 | $0 | $807,800 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $807,800 | $0 | $0 | $807,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $965,300 | $0 | $0 | $965,300 |

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL PROCESO SOCIAL DEL TRABAJO
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES

# CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE SOLVENCIA

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.), hace constar que el (la) empleador (a) GUSTAVO ADOLFO PARRA RODRIGUEZ inscrito (a) bajo el número patronal E11521876, cuyo Registro de Información Fiscal (R.I.F.) V, representado por el (la) ciudadano (a) PARRA RODRIGUEZ GUSTAVO ADOLFO, titular de la Cédula de Identidad N° V-8242461, se encuentra:

SOLVENTE

Certificado que se expide a petición de la parte interesada en la ciudad de Caracas a los 06 días del mes de Octubre del 2022, de acuerdo a lo establecido en la Octava Disposición Final de la Ley del Seguro Social, publicada en Gaceta Oficial N°39.912, Decreto 8.921 de fecha 30 de Abril de 2012.

El presente certificado tendrá vigencia hasta el 06 de Enero del 2023.

**Abog. Magaly Gutierrez Viña**

**Presidenta de la Junta Directiva del IVSS**

**Gaceta Oficial N° 41.420 de fecha 15/06/2018**

La validez de este certificado electrónico de solvencia, puede comprobarse a través del portal web del I.V.S.S. (www.ivss.gob.ve) con el código de verificación N° 67-UR237689-795422

Scanned with CamScanner

## Factura Electrónica de Venta No. GP-22

**Numero de resolución:**18764028969050
**Rango Autorizado:** Desde GP-13 Hasta GP- 100
**Vigencia:**16/05/2022 Hasta 16/11/2022

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Datos del documento** | **Cufe:** b355d8f8130d79df169a4eba51a4fa4213c655d0ba05a6c86a7747756812a57b03e61c60926611e1829206b58a261c4b | | |
| **Fecha de expedición** | 19/10/2022 06:35 AM | **Fecha de vencimiento** | |
| **Tipo de pago** | Contado | **Medio de pago** | Consignación bancaria |
| **Observaciones** | | | |
| **Datos del emisor** | **Razón social:** GUSTAVO ADOLFO PARRA RODRIGUEZ | | |
| **Nit** | 700181401-5 | **Dirección** | Cl. 163b #50-92, Bogotá, Colombia |
| **Departamento** | Bogotá | **Telefono** | 3195636581 |
| **Municipio** | BOGOTÁ, D.C. | **Correo** | guspar69@gmail.com |
| **Tipo de contribuyente** | Persona Natural | **Régimen contable** | No responsable de IVA |
| **Datos del adquiriente** | **Razón social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E | | |
| **Número documento** | NIT 900959048-4 | **Dirección** | CL 9 39 46 |
| **Departamento** | Bogotá | **Telefono** | 7560505 |
| **Municipio** | BOGOTÁ, D.C. | **Correo** | lidertintal@gmail.com |

| Codigo | Descripción | Cantidad | Valor unitario | Descuento | IVA | INC | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SMG1 | SP SERVICIOS MEDICOS PEDIATRIA | 210 hora(s) | $ 84,142 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 17,669,820 |
| **Total items** | 1 | **Total cantidad** | 210 | | | | |

### Información cargos y descuentos

| Descripción | Valor |
|---|---|

DIECISIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS.

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $ 17,669,820 |
| **Descuento:** | $ 0 |
| **IVA:** | $ 0 |
| **Total factura:** | $ 17,669,820 |
| **Cargos:** | $ 0 |
| **Otros descuentos:** | $ 0 |
| **Total a pagar:** | $ 17,669,820 |

Recibido por _____ Fecha recibido _____ MM/DD/AAAA