Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	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		
			2022-11-01		2022-11-30		
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:	$172,659,384
VALOR EJECUTADO	$168,620,568
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$17,669,820
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,038,816
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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	$7,067,928	$883,491	$1,130,868	3	$172,175	$2,186,534

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
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 DEL MES TEMA: ADHERENCIAS A BUENAS PRACTICAS III TRIMESTRE 2022	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
2022-10	2022-10	1751279469	9442631225	I	2022/11/09	2022/11/11	BANCO DAVIVIENDA	2	$1,057,900

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			$7,067,928	$883,500			$0	$0			$7,067,928	$172,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$7,067,928	$883,500			$0	$0			$7,067,928	$172,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$7,067,928	$883,500			$0	$0			$7,067,928	$172,200		$0	$0
1	CE 722629	PARRA GUSTAVO		0	$0	$0	EPS010	30	$7,067,928	$883,500		0	$0	$0	14-11	30	$7,067,928	$172,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$0	$0			$7,067,928	$883,500			$0	$0			$7,067,928	$172,200		$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
2022-10	2022-10	1751279469	9442631225	I	2022/11/09	2022/11/11	BANCO DAVIVIENDA	2	$1,057,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$172,200	$400	$0	$172,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$172,200	$400	$0	$172,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$883,500	$1,800	$0	$885,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$883,500	$1,800	$0	$885,300
TOTAL				**1**	**$1,055,700**	**$2,200**	**$0**	**$1,057,900**

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-26

Numero de resolución:18764040029432
Rango Autorizado: Desde GP-24 Hasta GP- 100
Vigencia:22/11/2022 Hasta 22/05/2023

Datos del documento	**Cufe:** 00c66bbf92707c10c1469d96fce3125d75eb6e517cb733a131321f9a2cee97d60de113cc5e88ff66c4f548d042234af5		
Fecha de expedición	30/11/2022 05:46 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