| 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: | Angie Paola Amaya Hurtado | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1033733189 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | apamaya0502@hotmail.com | | | | CELULAR: | 7692644 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UCI NEONATAL OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | |
| | KE10J04 | 35 | KE10J06 | 35 | KE10J09 | 30 | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 11347175929 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2941 | | | VIGENCIA | 2022 | | |
| NÚMERO DE CDP | 143 | FECHA | 2023-01-17 16:18:14.000 | NÚMERO DE CRP | 5836 | FECHA | 2023-01-17 20:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2022-09-01 | | 2022-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $19,166,880 | | | | |
| 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: | $153,335,040 |
| VALOR EJECUTADO | $153,335,040 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $19,166,880 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 61845618 | $7,666,752 | $958,344 | $1,226,680 | 3 | $186,762 | $2,371,786 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2022. 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 |
|---|---|---|
| Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. | 1,Manejo integral a los procedimientos diagnósticos y terapeuticos demtro del plan de cuidado al paciente en la URN | A-Registros en la Historia Clínica a la atención del paciente atendidos dentro del mes y manejados integralmente de acuerdo a su patología. |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | 2,Cumplimiento adecuado en los registros de la Historia Clínica, acorde al manejo ético legal. | B-Valoración de pacientes a mi cargo, Evolución diaria, notas de procedimientos, con cubrimiento y cumplimiento ético. |
| 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 | 3,Se llena a cabalidad los formatos establecidos para los registros correspondientes en la Historia Clnica, de acuerdo a normas legales. | C-Cumplimiento en los registros de atención, valoración y evolución diaria, y se cumple con los procesos de costos y facturación |
| Participar en la programación de actividades del área. | 4,Asistencia y participación de actividades del servicio | D-Participación en cada programación. |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | 5,Se reporta eventos de notificación obligatoria, cuando se presentan | E-Oportunidad a cada 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. | 6,Notificación, participación de analisis según se convoque | F-Implemetación de acciones de mejora si se requiere |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | 7,Se imparte instrucciones requeridas al equipo de salud para atención continua del paciente | G-Dentro del turno se mantiene instrucciones |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 8,Se realiza con adecuado criterio de legalidad, oportunidad e integidad cada registro en los formatos Institucionales | H-Diligenciamiento optimo dado al paciente desde que ingresa hasta su salida |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | 9,Como norma se realiza y se diligencia el Consentimiento Informado | I-Verificando el procedimiento a realizar |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | 10,Realizo el seguimiento de acuerdo al estado del paciente | J-Seguimiento a diario durante su hospitalización |
| Informar al paciente y su familia sobre la condición del paciente, plan de manejo y atención. | 11,Se Brinda información oportuna, eficiente y eficaz a los Padres del paciente que ingresan a la Unidad y esta al cuidado del equipo | K-IntegralIdad en la información dada a los Padres de los pacientes a nuestro cuidado |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | 12,Preste la debida Atención a pacientes que requieren procedimientos.esenciales y especiales | L-Establecer diagnósticos para dar tratamiento integral hasta su evolución satisfactoria. |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | 13,Cumpliendo con las normas del Sistema de Garantia de la Calidad acorde a lo establecido por la Subred | M-Prestación del servicio junto con el equipo de trabajo, manteniendo y mejorando la calidad en la atención a cada uno de los pacientes. |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | 14,Elaboración de informe de actividades prestadas a los pacientes que ingresa a la Unidad | N-Se entrega al Supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 15,De acuerdo a las jormadas de capacitación requeridadas por la subred. | O-Asistencia a jornadas de capacitación |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | 16,Se cumple lo estipulado con las actividades contractuales realizadas | P-Producto entregado y certificado a la prestación del servicio |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | 17,Cumpli con entregar la constancia de afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, con el que se ejecutara el contarto mensulamente. | Q-Entrego planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado |

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 Controlada Subred Sur Occidente

**ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO**

NIT: 1033733189-1

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CR 18 56 04 SUR BRR SAN CARLOS, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3017782152

Email. anpao_0502@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764027831486 válida desde 2022-04-18 hasta 2022-10-18 rango desde FE16 hasta FE100.

**Cliente:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
**NIT:** 900959048
**Dirección:** Cl. 9 #39-46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
**Teléfono:** 3133152085
**Email:** eliana.osma@gmail.com

**Tipo de negociación:** Contado
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Fecha de Pago:** 14/10/2022
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** **FE23**
**MONEDA:** **COP Colombia, Pesos**
**HORA EMISIÓN:** **22:47:09**
**FECHA FIRMADO:** **14/09/2022 22:47:11**

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 14 | 09 | 2022 | 14 | 09 | 2022 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U. MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO U. | IVA | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85121200-5 | Servicios de médicos especialistas SEPTIEMBRE 2022 | WSD | 240,00 | $79.862,00 | | 0,00 | $19.166.880,00 |

**Notas**:

**SON**: (diecinueve millones ciento sesenta y seis mil ochocientos ochenta pesos )
**CUFE**: c3e5851587f512d8ba40326a08982669dad650dc82168dde20b0ce63a2e281727e7f6f40a43954dbcac0f1042e8f0351

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $19.166.880,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $19.166.880,00 |

**Firma Digital:** KEXcDO64QoRx3RDKumNEbFbZUEdh1YgSwfZt9EsWto9gYObAk2EefSjP+/ZxEtCk
7zv2NUNUGGJpbMFS+rq4SzpNNvRD/rnJ2GBCOVWUl9tlVRAKvF
2Rog8/+rgD9TXS mBldEcplJs8/J+Bs6HgqVt78gdZs9tp4MeSW+M/i6sJalHvUrfv14sBj6ZXF5bTR p1oJ++iHbpmhbGKBm+k8VX45smEHdeJgzq5
6bQ1nn3fDcLIYiZpZQ0L5lcfaH0Wa Wvr201Y/btUx/fFVy+IwCV8YBbljSyd8K9xCou1hmDXMiB0Hxu/MOvEk4YiMiOKx U2CQAZQ0lpLk9m20J8yP
EA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

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 | 1033733189 | ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO | carrera 56 numero147-58 casa 105 | 9268951 | anpao_0502@hotmail.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 | |
| 2022-08 | 2022-08 | I | 15/09/2022 | 61845618 | $2.448.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 958.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 958.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 1.226.700 | 0 | 0 | 38.400 | 38.400 | 0 | 0 | | 1.303.500 | 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 | 186.800 | | | | 186.800 | 0 | 0 | 186.800 | | | 1.868 | 186.800 | 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 | 958.400 | 958.400 |
| Pensión | 1 | 1.303.500 | 1.303.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 186.800 | 186.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 2.448.700 | 2.448.700 |

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 | 1033733189 | ANGIE PAOLA AMAYA HURTADO | | carrera 56 numero147-58 casa 105 | 9268951 | anpao_0502@hotmail.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 | |
| 2022-08 | 2022-08 | I | 15/09/2022 | 61845618 | $2.448.700 | |

## 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 | 1033733189 | AMAYA HURTADO ANGIE PAOLA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 7.666.752 | 1.226.700 | 0 | 0 | 38.400 | 38.400 | EPS008 | 7.666.752 | 958.400 | 14-11 | 7.666.752 | 3 | 186.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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