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:	Mario Alberto Florez Poveda						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	80743277	
CORREO ELECTRONICO:	marioaflorezp@gmail.com				CELULAR:	2895610	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PEDIATRIA BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	B035I05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550008000693146				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	765			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	1714	FECHA	2023-07-24 10:19:03.000	NÚMERO DE CRP	35914	FECHA	2023-07-31 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-07-01		2023-07-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$15,793,536						
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:	$123,387,000
VALOR EJECUTADO	$98,216,052
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$15,793,536
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$25,170,948
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	80%

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
9452931876	$6,119,995	$764,999	$979,199	3	$149,083	$1,893,282

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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 procedimientos diagnosticos y terapeuticos para todos los pacientes atendidos lo cual se puede verificar en el programa Dinamica Gerencia	Historia Clinica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Se diligencia historia clinica con las exigencias legales y adecuadas a todos los pacientes	Historia Clinica
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 las actividades e intervenciones la cual se relaciona en Dinamica Gerencial	Historia Clinica
Participar en la programación de actividades del área	Se participo en las actividades programadas por el área	Se participo en las actividades programadas por el área
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se reportan todos los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida y según los estándares planteados	Se reportan todos los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida y según los estándares planteados
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	No se presentaron para el presente periodo	No se presentaron para el presente periodo
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Se imparten instrucciones constantemente al personal asistencial para la atención de pacientes	Se imparten instrucciones constantemente al personal asistencial para la atención de pacientes
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se diligencian en forma adecuada los formatos requeridos por el servicio	Se diligencian en forma adecuada los formatos requeridos por el servicio
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Se diligencian todos los consentimientos informados por cada procedimiento realizado lo cual se puede verificar en el sistema	Historia Clinica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Se informa a todos los pacientes y familiares sobre su condición y plan de tratamiento	Se informa a todos los pacientes y familiares sobre su condición y plan de tratamiento
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Se emiten conceptos médicos y diagnósticos en todos los pacientes atendidos	Se emiten conceptos médicos y diagnósticos en todos los pacientes atendidos
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 realiza informe mensual de las actividades realizadas	Se realiza informe mensual de las actividades realizadas
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Se manejan de manera adecuada los elementos entregados para el desempeño de las funciones	Se manejan de manera adecuada los elementos entregados para el desempeño de las funciones
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	se participo en las jornadas de capacitación del área	se participo en las jornadas de capacitación del área
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Todas las actividades realizadas quedan registrados en el sistema Dinámica Gerencial	Historia Clinica
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	se anexan las constancias de pago al sistema de seguridad social	se anexan las constancias de pago al sistema de seguridad social

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : f67d344ddc36624c85e6963c4a17bc284051f81b44a3a20068dea65adc52b3e9b8a4398622b7795d0cc96b24f85d0382

Número de Factura: MF-38
Fecha de Emisión: 17/07/2023
Fecha de Vencimiento: 17/08/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO
Nombre Comercial: FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO
Nit del Emisor: 80743277
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 51 SUR 61 D 28
Teléfono / Móvil: 2895610
Correo: marioaflorezp@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 4441111
Correo: cxpreduroccidente@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	01	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS SUR OCCIDENTE	NIU	192,00	$ 82.258,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.793.536,00

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

PERIODO FACTURADO JULIO 2023
Linea de negocio: SERVICIOS DE SALUD

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-07-17 06:16:19
Documento generado el: 2023-07-17 06:16:18
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			15.793.536,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			15.793.536,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			15.793.536,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	15.793.536,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764044091159 Rango desde: 22 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2023-08-07

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
CC 80743277		FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 51 sur # 61d 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2895610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	14756033	9452931876	I	2023/07/21	2023/06/29	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,954,500

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)					$6,119,995	$1,040,400			$6,119,995	$765,000			$0	$0			$6,119,995	$149,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,119,995	$1,040,400			$6,119,995	$765,000			$0	$0			$6,119,995	$149,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$6,119,995	$1,040,400			$6,119,995	$765,000			$0	$0			$6,119,995	$149,100		$0	$0
1	CC	80743277	FLOREZ MARIO	25-14	30	$6,119,995	$1,040,400	EPS001	30	$6,119,995	$765,000		0	$0	$0	14-11	30	$6,119,995	$149,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$6,119,995	$1,040,400			$6,119,995	$765,000			$0	$0			$6,119,995	$149,100		$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
CC 80743277		FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 51 sur # 61d 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2895610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	14756033	9452931876	I	2023/07/21	2023/06/29	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,954,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,040,400	$0	$0	$1,040,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,040,400	$0	$0	$1,040,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$149,100	$0	$0	$149,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$149,100	$0	$0	$149,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$765,000	$0	$0	$765,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$765,000	$0	$0	$765,000
TOTAL				**1**	**$1,954,500**	**$0**	**$0**	**$1,954,500**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	mayo2023Contrato765-23.pdf	mayo2023Contrato765-23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	febrero 2023.pdf	febrero 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Marzo.pdf	Marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	abril 2023.pdf	abril 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Mayo 2023.pdf	Mayo 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 2023.pdf	JUNIO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >