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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	diana paola forero perdomo								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52713490			
CORREO ELECTRONICO:	diana810610@hotmail.com				CELULAR:	3142032199			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10I06	70	KE10B04	30					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455070024944						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1076			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	2406	FECHA	2023-10-12 09:40:47.000	NÚMERO DE CRP	49991	FECHA	2023-10-20 17:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- NEUMOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-10-01		2023-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$14,083,200				
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:	$140,268,672
VALOR EJECUTADO	$123,932,160
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$14,083,200
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$16,336,512
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	88%

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
9457629916	$5,633,280	$704,160	$901,325	3	$137,227	$1,742,712

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

Jaime Alberto goenaga
72161935
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
1. Realizar entrega de turno correspondiente	1. Realicé entrega de turno correspondiente	Entrega de turno
2, Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.	2, Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Entrega de turno
3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.	3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.	4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias	5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Entrega de turno
6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.	6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.	7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.	8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.	9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Entrega de turno
10 . Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	10,Participé en reuniones de actualización programadas en el servicio con el fin de afianzar nuevos conocimientos sobre temas de interés	Lista de asistencia
11, Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario de cada mes	11, Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario del mes a certificr, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parametros eticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

Copia Controlada Subred Suroccidente

Jaime Alberto goenaga
72161935
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

DIANA PAOLA FORERO PERDOMO

DIANA PAOLA FORERO PERDOMO NIT 52713490
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta E - 138

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764050352645 de 13/06/2023 - 13/12/2023 autoriza E-101 a E-300

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	17/10/2023 08:42
Fecha de Vencimiento	17/10/2023 08:42
Fecha de Validación	17/10/2023 08:42
Forma de Pago	Crédito
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	DIANA PAOLA FORERO PERDOMO
CC	52713490
Obligación	IVA
Email	diana810610@hotmail.com
Teléfono	3142032199
Dirección	CR 15 A 55 17 19 (!) CHAPINERO OCCIDENTAL
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT	900959048
Obligación	IVA
Email	gerencia@subredsuroccidente.gov.co
Teléfono	4546800
Dirección	Cl. 9 No. 39-46
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	001	SERVICIOS PROFESIONALES DEL MES	1	EA	$14,083,200.00		$14,083,200.00	$14,083,200.00

1

Subtotal	$14,083,200.00
Total a Pagar	$14,083,200.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 9138028f12b97269ae7ed1b7adf8256a84b5e983674c78acd4eb69aaf60a6077f3a56f0b97dab494d9cb9bc8664c945d
Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

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 52713490		FORERO PERDOMO DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 15 a 55 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7617209	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	222537684	9457629916	I	2023/10/23	2023/10/17	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,799,300

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)					$5,633,280	$957,800			$5,633,280	$704,200			$0	$0			$5,633,280	$137,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,633,280	$957,800			$5,633,280	$704,200			$0	$0			$5,633,280	$137,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,633,280	$957,800			$5,633,280	$704,200			$0	$0			$5,633,280	$137,300		$0	$0
1	CC 52713490	FORERO DIANA	25-14	30	$5,633,280	$957,800	EPS005	30	$5,633,280	$704,200		0	$0	$0	14-23	30	$5,633,280	$137,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$5,633,280	$957,800			$5,633,280	$704,200			$0	$0			$5,633,280	$137,300		$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 52713490		FORERO PERDOMO DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 15 a 55 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7617209	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	222537684	9457629916	I	2023/10/23	2023/10/17	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,799,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$957,800	$0	$0	$957,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$957,800	$0	$0	$957,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$137,300	$0	$0	$137,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$137,300	$0	$0	$137,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$704,200	$0	$0	$704,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$704,200	$0	$0	$704,200
TOTAL				1	$1,799,300	$0	$0	$1,799,300