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:	SANDY MARCELA MENDEZ DEVIA							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1026251605		
CORREO ELECTRONICO:	sandilla86@hotmail.com				CELULAR:	3223092775		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE11I05	30	KE11B05	70				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	475770038069					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1229			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	2696	FECHA	2023-11-01 15:56:28.000	NÚMERO DE CRP	58581	FECHA	2023-11-09 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-10-01		2023-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$21,319,836				
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:	$189,625,208
VALOR EJECUTADO	$179,351,042
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$21,319,836
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$10,274,166
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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
9457444500	$7,487,942	$935,993	$1,198,071	3	$182,406	$2,316,470

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2023. 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 segun las guias de manejo institucionales para el manejo de las patologías vista en la población infantil	Evidenciado en la historia clínica de 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 clínica en Dinámica Gerencial
Participar en la programación de actividades del área.	Participo 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.	Realizacion 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.	Comunicacion acertiva 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 diligencimiento de los formatos relacionados con la atención del paciente pediátrico cumpliendo con los criterios respectivos	Mostrado en la historia clínica escrita o diligenciad 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 indicacion diligenciada en el formato de historia clínica bajo el aplicativo de Dinámica Gerencial.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se informar 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 clínica
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 responzabilizo 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.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales estoy convocada. curso lactancia materna eje gestion de la tecnologia	Por medio de actas y registros certificado de curso link de asistencia
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.	Verficación 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 extrainstitucionales	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 Certificada
Subred Sur Occidente

Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	no realizo	no realizo
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
CC 1026251605		MENDEZ DEVIA SANDY MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 71 C # 5-29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4208767	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	205850794	9457444500	I	2023/10/03	2023/10/09	BANCO DAVIVIENDA	6	$2,452,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,487,942	$1,273,100			$7,487,942	$936,000			$7,487,942	$45,000			$7,487,942	$182,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,487,942	$1,273,100			$7,487,942	$936,000			$7,487,942	$45,000			$7,487,942	$182,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$7,487,942	$1,273,100			$7,487,942	$936,000			$7,487,942	$45,000			$7,487,942	$182,500		$0	$0
1	CC 1026251605	MENDEZ SANDY	25-14	30	$7,487,942	$1,273,100	EPS008	30	$7,487,942	$936,000	CCF24	30	$7,487,942	$45,000	14-11	30	$7,487,942	$182,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$7,487,942	$1,273,100			$7,487,942	$936,000			$7,487,942	$45,000			$7,487,942	$182,500		$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
CC 1026251605		MENDEZ DEVIA SANDY MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 71 C # 5-29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4208767	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	205850794	9457444500	I	2023/10/03	2023/10/09	BANCO DAVIVIENDA	6	$2,452,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,273,100	$8,100	$0	$1,281,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,273,100	$8,100	$0	$1,281,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,500	$1,200	$0	$183,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$182,500	$1,200	$0	$183,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,000	$300	$0	$45,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$45,000	$300	$0	$45,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$936,000	$5,900	$0	$941,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$936,000	$5,900	$0	$941,900
TOTAL				1	$2,436,600	$15,500	$0	$2,452,100

SANDY MARCELA MENDEZ DEVIA

NIT: 1026251605-8
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CARRERA 71 c # 5-29, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3223092775

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No. de Factura	FV7
Fecha Emisión	12/09/2023 09:26:49
Fecha Vencimiento	12/09/2023
Moneda	COP Colombia, Pesos
Fecha Firmado	12/09/2023 09:26:52

Autorización facturación electrónica No. 18764047608062 válida desde 2023-04-17 hasta 2023-10-17 rango desde FV1 hasta FV200.

NO SOMOS AUTORETENEDORES
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
REGIMEN SIMPLE TRIBUTARIO

DATOS DEL RECEPTOR

NIT:	900959048
Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Dirección:	CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	7560505
Email:	Apoyosede7@subredsuroccidente.gov.co
Forma de Pago:	Crédito
Medio de pago:	Transferencia Crédito
Fecha de pago:	12/10/2023
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. Medida	Cantidad	Precio U.	IVA	Dcto.	Total
1	HM	HONORARIOS MEDICOS PRESTADOS POR LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA	MV	216,00	$86.666,00		0,00	$18.719.856,00

Impuesto	Base	Tarifa	Importe		
				Subtotal:	$18.719.856,00
				Cargos:	$0,00
				Descuento:	$0,00
				Total:	$18.719.856,00

Son:	(dieciocho millones setecientos diecinueve mil ochocientos cincuenta y seis pesos)
CUFE:	193a6825a796cabd968425979da07610b57348f5cb4c4734da2c614bf35a80bda0d5abf06bcd4489e058e41b7b42e718
Notas:	PRESTADOS EN EL MES DE SEP

CUENTA DE AHORROS
No. 475770038069
BANCO DAVIVIENDA

Firma Digital: SchSTOUEcu4v0tTEjKW09acVM4ZwZxq86rpiMCQb6jM6BpLibbk9mHeHSgb275du 7f2cpTMrpfS5aXr3nU+GG70qjODOHJELfqD0l72eCJdM+d53dx hnUc77hq7fm8YS Bm3rgN/0K1FX3EFmo3QOAHrocAlvrpiwbbWec8v+JBvEvVRFwM/TzA6JEMgZrkt r50g8UDUjhuBR/HXLDB/12DNF25ODga3Q63z 6buVS8iGP1CSAsqLUkhnwS9CxwyiS gEzO+Y6GVqy+BU0oO6u5GX1DGBmZ2rsTfJh+nKURsiFbfXCnSPvFJiSlmQroQOYl VNOAEoUVhjZ7sWRMCRW8 Vg==

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.

facturatech

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1026251605	MENDEZ	DEVIA	SANDY	MARCELA	2023-09	COMPENSAR E.P.S	COTIZANTE
CC	1026251605	MENDEZ	DEVIA	SANDY	MARCELA	2017-11	SALUD TOTAL S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
COMPENSAR E.P.S	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

93 Registros en 10 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar