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:	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	2696	FECHA	2023-11-01 15:56:28.000	NÚMERO DE CRP	58201	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:	$16,287,084						
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:	$182,612,760
VALOR EJECUTADO	$144,609,564
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,287,084
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$38,003,196
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	79%

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
9457531871	$6,317,414	$789,677	$1,010,786	3	$153,892	$1,954,355

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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 realiza	Se realiza informe mensual de las actividades realiza
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	Todas las actividades realizadas quedan registrados en el sistema Dinámica Gerencial
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 : 1f59cd3b4be569589baeed0617358514de984f5c0946d9e40fc02f0f2ec11ad dabbc1612ca41b8f73eb6a6c46175067f

Número de Factura: MF-47
Fecha de Emisión: 15/11/2023
Fecha de Vencimiento: 15/12/2023
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

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	01	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS SUR OCCIDENTE	NIU	216,00	$ 82.258,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 17.767.728,00

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

Servicios prestados en el mes de noviembre 2023
Linea de negocio: SERVICIOS DE SALUD

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-11-15 18:21:50
Documento generado el: 2023-11-15 18:21:50
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			17.767.728,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			17.767.728,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			17.767.728,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	17.767.728,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764053835627 Rango desde: 41 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2024-02-15

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
2023-10	2023-10	264486243	9458745675	I	2023/11/21	2023/11/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,080,800

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)					$6,514,834	$1,107,600			$6,514,834	$814,400			$0	$0			$6,514,834	$158,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,514,834	$1,107,600			$6,514,834	$814,400			$0	$0			$6,514,834	$158,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$6,514,834	$1,107,600			$6,514,834	$814,400			$0	$0			$6,514,834	$158,800		$0	$0
1	CC 80743277	FLOREZ MARIO	25-14	30	$6,514,834	$1,107,600	EPS001	30	$6,514,834	$814,400		0	$0	$0	14-11	30	$6,514,834	$158,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$6,514,834	$1,107,600			$6,514,834	$814,400			$0	$0			$6,514,834	$158,800		$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
2023-10	2023-10	264486243	9458745675	I	2023/11/21	2023/11/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,080,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,107,600	$0	$0	$1,107,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,107,600	$0	$0	$1,107,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$158,800	$0	$0	$158,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$158,800	$0	$0	$158,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$814,400	$0	$0	$814,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$814,400	$0	$0	$814,400
TOTAL				1	$2,080,800	$0	$0	$2,080,800