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:	KARINA JULIETH CASTRO MONTES								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52778382			
CORREO ELECTRONICO:	karinacastro1983@hotmail.com				CELULAR:	3013237699			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS 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	8770124553						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1070			VIGENCIA		2023		
NÚMERO DE CDP	2932	FECHA	2023-11-29 16:40:51.000	NÚMERO DE CRP	63218	FECHA	2023-11-30 13:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2023-12-01		2023-12-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$9,879,924					
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:	$161,198,760
VALOR EJECUTADO	$133,638,972
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$9,879,924
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$27,559,788
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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
9460201736	$5,407,958	$675,995	$865,273	3	$131,738	$1,673,006

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre 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

KARINA JULIETH CASTRO MONTES

NIT: 52778382-7
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CL 25 D 80 C 66, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 5488336
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/12/2023 hasta: 31/12/2023.

Autorización facturación electrónica No. 18764059893156 válida desde 2023-11-14 hasta 2024-05-14 rango desde FE100 hasta FE1000

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900959048
Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
Dirección:	CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	4546800
Email:	contabilidad@subredsuroccidente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FE104
Fecha Emisión	11/12/2023 09:07:30
Fecha Vencimiento	11/12/2023
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	11/01/2024
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. Medida	Cantidad	Precio U.	IVA	Dcto.	Total
1	85100000-0	MEDICINA INTERNA horas realizadas en medicina interna en diciembre	WSD	114,00	$86.666,00		0,00	$9.879.924,00

Impuesto	Base	Tarifa	Importe

Subtotal:	$9.879.924,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$9.879.924,00

CUFE:	a57851142da897d9ff016733e101ec8f49e21203a8e0db879117ff26035cbce20cdf8de9ab081a6c0e96e5f807e91d70
Total con letra:	(nueve millones ochocientos setenta y nueve mil novecientos veinticuatro pesos)

Firma Digital: LQQR+beSzKFL4FCw2apNZIjWbWxo0kfG0WBhTHmCBATQyZpF+zRX+glYhytWdccV
RaWpgB32dgHAp72q11smYDY2zRwD30f+9WTD7MkNU9ch3JeS7E
ZBhzb0wwlvpw4R DtfUdN0nLAOJvlaAFIjf9mUTkbtmGkpx/v4iCYEo0laHUpU/vGWTN/+D/6Fh5MFc fs5Z8LF1w26FGXU5/zZPMCUKYqAky4wxiqe
z0lPq0610XzRfx8tnoRxOfq4t9bUE dje6a2Wrn1NnckISxq/7dh7tHpvW6/PZmUrQ7x5zdV75R/z/YwhlYGoaGZ6vxkX2 jULNkWDlsStxMK+pTfVt
Wg==

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.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/12/2023 hasta: 31/12/2023.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

facturatech

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

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 52778382		CASTRO MONTES KARINA JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 250 # 80C-66	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5488336	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	329321022	9460201736	I	2023/12/21	2023/12/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,959,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,575,300	$0	$0	$1,575,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,575,300	$0	$0	$1,575,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,800	$0	$0	$225,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$225,800	$0	$0	$225,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,158,200	$0	$0	$1,158,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,158,200	$0	$0	$1,158,200
TOTAL				1	$2,959,300	$0	$0	$2,959,300