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:	ELKIN ADRIAN NIÑO GALEANO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79359698	
CORREO ELECTRONICO:	eaninog@gmail.com				CELULAR:	6267021	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT INMUNOHEMATOLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10A08	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7900190492				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1065			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	2024-01-17 10:45:28.000	NÚMERO DE CRP	6727	FECHA	2024-01-17 10:59:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- HEMATOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-01-01		2024-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,633,280				
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:	$67,599,360
VALOR EJECUTADO	$67,599,360
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,633,280
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
74058030	$2,253,312	$281,664	$360,530	3	$54,891	$697,085

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
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
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	- COMPARTIR INFORMACIÓN DE LAS VALORACIONES MEDICAS REALIZADAS.	- EVENTO DE SEGURIDAD Y CALIDAD.
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías de la especialidad en hematología en la SubRed SO	- ANALISIS DE LA EVIDENCIA DE CADA PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO PARA OPTAR POR LA MAYOR SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD	- DETERMINACIÓN Y EJECUCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Valoración y seguimiento de hematología de casos de Pacientes hospitalizados en la SubRed SO	- RESPUESTA A LAS INTERCONSULTAS Y SEGUIMIENTO CLÍNICO Y REVALORACIÓN DE LOS CASOS INTERCONSULTADOS	- REALIZACIÓN DE LOS AJSUTES DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA OPORTUNAS Y NECESARIAS
Participar en la programación de actividades del área,	- SECIONES DE SEGURIDAD, CALIDAD, TERAPIA TRANSFUSIONAL, EDUCACION CONTINUA	- VALORACIONES DE CALIDAD Y SEGURIDAD
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	- DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CONSULTA DE TROMBOSIS, ANTICOAGULACIÓN Y HEMOSTASIA	PROYECTO CLINICO Y ASISTENCIAL EN DESARROLLO

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
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

Bogotá, D.C., enero 19 de 2024.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA DE VENTA ENERO DE 2024

La Subred integrada de servicios de salud suroccidente E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELKIN ADRIAN NIÑO GALEANO.

NIT: 79359698-1

LA SUMA DE: $ 5´633.280,00 (Cinco Millones seiscientos treinta y tres mil doscientos ochenta pesos mda/cte)

Contrato 1065 – 2023

Por concepto de servicios profesionales especializados en **HEMATOLOGÍA**, durante el periodo comprendido entre el **01 al 31 de ENERO de 2024**, según contrato de prestación de servicios # 1065-2023. Se anexan:

1. INFORME DE ACTIVIDADES (PÁGINA WEB DE SURESOC) POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
2. PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION Y PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSIONES Y ARL) # **74058030**

Por favor consignar en:

1. Cuenta de ahorros Banco Davivienda # **0079-0019049-2**

Cordialmente,



ELKIN ADRIAN NIÑO GALEANO.
C.C. 79359.698 Bogotá

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG. 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	RECORDATORIO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	72053858	ELKIN ADRIAN MINO GALEANO		Cr 56 149-20 Torre 1 Ap 903	5195811	elkin_mino@palmira.edu	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Trabajador dependiente			BOGOTA D. C.	BOGOTA D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / APC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-12	2023-12	1	19/01/2024	74298330	$697.208

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS016	Sanitas EPS	8320019404-6	281.708	0		0		0	0	0	0	281.708	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	8002253[illegible]-6	360.600	0	0	0	0	0	0		360.600	1

TOTALES RIESGO LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	8909037[illegible]-8	54.908				54.908	0	0	54.908			548	54.908	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDE, LMA, IBF y Mora	Total a Pagar
Salud	1	281.708	281.708
Pensión	1	360.500	360.608
Riesgos Laborales	1	54.908	54.908
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	697.208	697.208

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información