| 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: | GABRIELA RENGIFO GUTIERRE | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | | X | | C.E | | | No. | 1020747778 | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | gabi899@hotmail.com | | | | | | | CELULAR: | 6272678 | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | SUBRED | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | QUIRURGICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | | | | SEDE: | SUBRED | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | |
| | KE10C10 | 20 | KE10A24 | 20 | KE10B04 | 20 | | KE10D05 | 20 | KE10D06 | 20 | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | | TIPO DE CUENTA: | | | AHORRO | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 46177250325 | | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1028 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 2024-01-17 10:45:28.000 | NÚMERO DE CRP | 6695 | FECHA | 2024-01-17 10:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-10-01 | | 2023-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $8,319,936 | | | |
| 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: | $73,492,768 |
| VALOR EJECUTADO | $72,279,444 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $8,319,936 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,213,324 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 98% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1058320325 | $3,119,976 | $389,997 | $499,196 | 3 | $76,003 | $965,196 |

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

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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 cuidado del paciente. | Manejo integral a los procedimientos diagnósticos y terapeuticos demtro del plan de cuidado al paciente del Servicio | Registros en la Historia Clínica a la atención del paciente atendidos dentro del mes y manejados integralmente de acuerdo a su patología. |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Cumplimiento adecuado en los registros de la Historia Clínica, acorde al manejo ético legal. | Valoración de pacientes a mi cargo, Evolución diaria, notas de procedimientos, con cubrimiento y cumplimiento ético. |
| 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 llena a cabalidad los formatos establecidos para los registros correspondientes en la Historia Clnica, de acuerdo a normas legales. | Cumplimiento en los registros de atención, valoración y evolución diaria, y se cumple con los procesos de costos y facturación |
| Participar en la programación de actividades del área. | Asistencia y participación de actividades del servicio | Participación en cada programación. |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | Se reporta eventos de notificación obligatoria, cuando se presentan | Oportunidad a cada 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. | Notificación, participación de analisis según se convoque | Implemetación de acciones de mejora si se requiere |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Se imparte instrucciones requeridas al equipo de salud para atención continua del paciente | Dentro del turno se mantiene instrucciones |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Se realiza con adecuado criterio de legalidad, oportunidad e integidad cada registro en los formatos Institucionales | Diligenciamiento optimo dado al paciente desde que ingresa hasta su salida |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Como norma se realiza y se diligencia el Consentimiento Informado | Verificando el procedimiento a realizar |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Realizo el seguimiento de acuerdo al estado del paciente | Seguimiento a diario durante su hospitalización |
| Informar al paciente y su familia sobre la condición del paciente, plan de manejo y atención. | Se Brinda información oportuna, eficiente y eficaz a los acompañantes del paciente que ingresan al Servicio y esta al cuidado del equipo | IntegralIdad en la información dada a los familiares de los pacientes a nuestro cuidado |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Preste la debida Atención a pacientes que requieren procedimientos esenciales y especiales | Establecer diagnósticos para dar tratamiento integral hasta su evolución satisfactoria. |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Cumpliendo con las normas del Sistema de Garantia de la Calidad acorde a lo establecido por la Subred | Prestación del servicio junto con el equipo de trabajo, manteniendo y mejorando la calidad en la atención a cada uno de los pacientes. |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | Elaboración de informe de actividades prestadas a los pacientes que ingresan al Servicio | Se entrega al Supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | De acuerdo a las jormadas de capacitación requeridadas por la subred. | Asistencia a jornadas de capacitación |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Se cumple lo estipulado con las actividades contractuales realizadas | Producto entregado y certificado a la prestación del servicio |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Cumpli con entregar la constancia de afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, con el que se ejecutara el contarto mensulamente. | Entrego planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado |

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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 Cenro Salud Subred Suroccidente

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2023-10-17, 09:29:13 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | septiembre de 2023 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | septiembre de 2023 |
| **Empresa** | GABRIELA RENGIFO GUTIERREZ |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1020747778 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1058320325 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 223035475 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 965.300 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800253055 | 230901 | FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA | 1 | $ 499.200 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 1 | $ 390.000 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 76.100 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 965.300 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 965.300 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

Espacio para
Logo Corporativo

**Gabriela Rengifo Gutiérrez**
NIT 1.020.747.778-
Cra 14 151 67 CA 43
Tel: (57) 3214117151 - Ext. undefined
BOGOTA - Nicaragua
gabi899@hotmail.com

Factura electrónica de venta
**No. FEV 34**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. | | |
| **NIT** | 900.959.048-4 | **Teléfono** | (1) 4546800 |
| **Dirección** | Cl 9 36-46 | **Ciudad** | BOGOTA - Nicaragua |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 18/10/2023, 14:18 |
| **Expedición** | 18/10/2023, 14:18 |
| **Vencimiento** | 18/10/2023 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Servicios Médicos Especialista en Ginecología y obstetricia | 96.00 | 8,319,936.00 |

**Total items:** 1

**Valor en Letras:**
Ocho millones trescientos diecinueve mil novecientos treinta y seis pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**
Transferencia $ 8,319,936.00

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 8,319,936.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | 8,319,936.00 |

**Observaciones:**
Servicios Médicos Especialista en Ginecología y obstetricia

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764053696451 aprobado en 20230814 prefijo FEV desde el número 32 al 1000 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
**CUFE:** 108d5e1f4342f00045449500a45f712e252b6947072ef34c55f2f7d2ad6e9259e3af1c2ca3ad6e03a3e548d4f00017f2

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML