| 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: | Carol Viviana Vélez pachon | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1032372221 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | cariveli@hotmail.com | | | | CELULAR: | 6014757215 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U. ESP UCI NEONATAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | |
| | KE10J04 | 30 | KE10J07 | 30 | KE10J09 | 40 | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO AV VILLAS S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 58858205 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5749 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 2024-01-17 10:45:28.000 | NÚMERO DE CRP | 8457 | FECHA | 2024-01-17 10:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-12-01 | | 2023-12-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $9,359,928 | | | | | | |
| 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: | $49,399,620 |
| VALOR EJECUTADO | $41,079,684 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $9,359,928 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $8,319,936 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7903683419 | $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 Diciembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JERSON SILVA VASCO
80219823
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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. | 1,Manejo integral a los procedimientos diagnósticos y terapeuticos demtro del plan de cuidado al paciente en la URN | A-Registros en la Historia Clínica a la atención del paciente atendidos dentro del mes y manejados integralmente de acuerdo a su patología. |
| 2 Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | 2,Cumplimiento adecuado en los registros de la Historia Clínica, acorde al manejo ético legal. | B-Valoración de pacientes a mi cargo, Evolución diaria, notas de procedimientos, con cubrimiento y cumplimiento ético. |
| 3 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 | 3,Se llena a cabalidad los formatos establecidos para los registros correspondientes en la Historia Clnica, de acuerdo a normas legales. | C-Cumplimiento en los registros de atención, valoración y evolución diaria, y se cumple con los procesos de costos y facturación |
| 4 Participar en la programación de actividades del área. | 4,Asistencia y participación de actividades del servicio | D-Participación en cada programación. |
| 5 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | 5,Se reporta eventos de notificación obligatoria, cuando se presentan | E-Oportunidad a cada notificación |
| 6 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. | 6,Notificación, participación de analisis según se convoque | F-Implemetación de acciones de mejora si se requiere |
| 7 Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | 7,Se imparte instrucciones requeridas al equipo de salud para atención continua del paciente | G-Dentro del turno se mantiene instrucciones |
| 8 Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 8,Se realiza con adecuado criterio de legalidad, oportunidad e integidad cada registro en los formatos Institucionales | H-Diligenciamiento optimo dado al paciente desde que ingresa hasta su salida |
| 9 Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | 9,Como norma se realiza y se diligencia el Consentimiento Informado | I-Verificando el procedimiento a realizar |
| 10 Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | 10,Realizo el seguimiento de acuerdo al estado del paciente | J-Seguimiento a diario durante su hospitalización |
| 11 Informar al paciente y su familia sobre la condición del paciente, plan de manejo y atención. | 11,Se Brinda información oportuna, eficiente y eficaz a los Padres del paciente que ingresan a la Unidad y esta al cuidado del equipo | K-IntegralIdad en la información dada a los Padres de los pacientes a nuestro cuidado |
| 12 Emitir conceptos médicos que se le requieran. | 12,Preste la debida Atención a pacientes que requieren procedimientos.esenciales y especiales | L-Establecer diagnósticos para dar tratamiento integral hasta su evolución satisfactoria. |
| 13 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | 13,Cumpliendo con las normas del Sistema de Garantia de la Calidad acorde a lo establecido por la Subred | M-Prestación del servicio junto con el equipo de trabajo, manteniendo y mejorando la calidad en la atención a cada uno de los pacientes. |
| 14 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | 14,Elaboración de informe de actividades prestadas a los pacientes que ingresa a la Unidad | N-Se entrega al Supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento |
| 15 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 15,De acuerdo a las jormadas de capacitación requeridadas por la subred. | O-Asistencia a jornadas de capacitación |
| 16 Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | 16,Se cumple lo estipulado con las actividades contractuales realizadas | P-Producto entregado y certificado a la prestación del servicio |
| 17 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | 17,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. | Q-Entrego planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado |

JERSON SILVA VASCO
80219823
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 Sur Occidente

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1032372221 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CAROL VIVIANA VELEZ PACHON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 57A # 57-14 | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7903683419** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES noviembre | AÑO 2023 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES noviembre AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 1 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/12/07 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 324580460 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 499.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 0 | $ 499.200 | $ 500 | $ 499.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 499.200** | **$ 500** | **$ 499.700** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 390.000 | $ 0 | $ 400 | $ 0 | $ 390.000 | $ 400 | $ 0 | $ 390.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 390.000** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 390.400** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 76.100 | $ 76.100 | $ 100 | $ 0 | $ 76.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 76.100** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 76.200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1032372221 | VELEZ PACHON CAROL VIVIANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 3.119.976 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 3.119.976 | $ 499.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 499.200 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 3.119.976 | $ 390.000 | $ 0 | $ 390.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 3.119.976 | 103237222 | $ 76.100 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 966.300** |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**CAROL VIVIANA VELEZ PACHON**

**C.C 1032372221 DE BOGOTA**

La suma de $9.359.928,00 (Nueve millones trecientos cincuenta y nueve mil novecientos veintiocho pesos), por concepto de: Prestación servicios Profesionales y de apoyo a la gestión como **MEDICO PEDIATRA** en el área de Pediatría dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo del **01 al 31 de Diciembre 2023** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5749-2023.



**CAROL VIVIANA VELEZ PACHON**

**C.C 1032372221 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS**

**NUMERO 058858205**