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:	PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52705440					
CORREO ELECTRONICO:	pafa@hotmail.com				CELULAR:	3188763259					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT 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	%	
	KE10A24	20	KE10C10	20	KE10B04	20	KE10D05	20	KE10D06	20	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550004800297824								PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1018			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	2024-01-17 10:45:28.000	NÚMERO DE CRP	6686	FECHA	2024-01-17 10:59:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-11-01		2023-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$11,439,912				
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:	$112,665,800
VALOR EJECUTADO	$112,319,136
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11,439,912
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$346,664
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
205179095	$4,575,965	$571,996	$732,154	3	$111,471	$1,415,620

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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.	vAsistencia 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 Cert. Subred Sur Occidente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	52705440-	PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO	U ✓		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2023	10	2023	715218

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
calle 152 a # 13 - 58 apto 302 int 4	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	6012693215	8105897	pafa@hotmail.com	8610	0	1	2023/10/06	205179095

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	572.000	0		0		0	572.000	0	0	0	572.000	0		0	0	572.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL. AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	732.200	0	0	0	0	0	0	732.200	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	111.500		0	0	111.500

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	111.500		0	1.115	111.500

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	732.200	732.200
SALUD	572.000	572.000
RIESGOS LABORALES	111.500	111.500
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	1.415.700	1.415.700

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	52705440	FLOREZ AZUERO PAULA ANDREA	EPS005	25-14																				4.576.000	4.576.000	0	4.576.000	0			732.200	0	0	572.000	0

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

PAULA ANDREA FLOREZ AZUERO
NIT: 52705440-3
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 152 A 13 58 AP 302 TO 4, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6019277524
Email. pafa@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764052824094 válida desde 2023-08-01 hasta 2024-02-01 rango desde FEV-120 hasta FEV-150.

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT : 900959048-4
Dirección: CALLE 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 7560505
Email: opshokginecoped@gmail.com

Tipo de negociación: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago: 11/12/2023
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : **FEV - 144**
MONEDA: **COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN: **17:34:21**
FECHA FIRMADO: **20/11/2023 17:34:23**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
20	11	2023	20	12	2023

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	07	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE E.S.E Prestación de Servicios profesionales especializados en el área de Ginecología dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	WSD	1,00	$11.439.912,00		0,00	$11.439.912,00

Notas:

SON: (once millones cuatrocientos treinta y nueve mil novecientos doce pesos)
CUFE: 91f2a793876dca5af41bbd75e4a3d595c7b17beac4b2d5b0ce2904dadb14704ebb2e01aa8eb1efff6fbf949b3e2a4248

Subtotal:	$11.439.912,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$11.439.912,00

Realizar transferencia a cuenta de ahorros del banco Davivienda
No. 004800297824 A Nombre de Paula Andrea Florez Azuero

Firma Digital: ruobZR1kukIZ6K7tFjI7PEVe9qHJsmxX6b0HI4tD3bH67tDuO85soc6scL4xtbeX nRQlfiXJYT1j74u41yWz/+SmJjLy9zujkYoeRWOuL2R19KvkPu BvD/uJOlcSGLpM z740Mky2K04qYbwPMGJ+UlPV+wFoutAzeEoy8hLFdrCjtG26uytPlz4IIaiy7RNy OoVLKNEE2cKSNhOKEjL3hX3Oo9TOM8sKXF/ GFupq2dhf6TVr0nTuVuQXYijqk/u9 uLii757wKilPkrdGrc3HyEalAZLpUb/03r1zbCb5slVWF+XgExuT7xyrIMXi3UBI ye2eU1u7u3ekhD3TgVFx jg==

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.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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