

										Versión 3		
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA										Fecha de aprobación 2/15/2018		
										Código: 04-02-FO-0002		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				jennifer leon ovalle								
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.			1020747592		
CORREO ELECTRONICO:				jeleon16@hotmail.com			CELULAR:			4504134		
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	KE10D05	20	KE10D06	20	KE10B04	20		
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO ITAU CORPBANCA COLOMBIA SA				TIPO DE CUENTA:			AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				720016658					PENSIONADO		NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO		1022					VIGENCIA			2023		
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	2024-01-17 10:45:28.000		NÚMERO DE CRP		6690	FECHA	2024-01-17 10:59:00.000			
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA										
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL			HASTA		FECHA FINAL		
					2024-01-01							
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$10,399,920							
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:								\$129,652,336				
VALOR EJECUTADO								\$129,479,004				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$10,399,920				
VALOR A LIBERAR								\$0				
SALDO POR EJECUTAR								\$173,332				
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			
73974929	\$4,575,965	\$571,996			\$732,154		3	\$111,471	\$1,415,620			
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. 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												

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 terapéuticos dentro 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 Clínica, 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 análisis según se convoque	Implementación 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 integridad cada registro en los formatos Institucionales	Diligenciamiento óptimo 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 Garantía 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 jornadas de capacitación requeridas 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 contrato mensualmente.	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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020747592	JENNIFFER KATHERINE LEON OVALLE		Calle 169b 75-60 torre 6 apto 702	3591379	jeleon16@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-12	2023-12	I	15/01/2024	73974929	TOTAL A PAGAR
					\$1.916.200

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	750.000	0		0		0	0	0	0	750.000	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	800224808-8	960.000	0	0	30.000	30.000	0	0		1.020.000	1

TOTALES RIESGOS 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	890903790-5	146.200				146.200	0	0	146.200			1.462	146.200	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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	750.000	750.000
Pensión	1	1.020.000	1.020.000
Riesgos Laborales	1	146.200	146.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.916.200	1.916.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020747592	JENNIFFER KATHERINE LEON OVALLE		Calle 169b 75-60 torre 6 apto 702	3591379	jeleon16@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-12	2023-12	I	15/01/2024	73974929	\$1.916.200

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020747592	LEON OVALLE JENNIFFER KATHERINE	57	0		N																230301	6.000.000	960.000	0	0	30.000	30.000	EPS008	6.000.000	750.000	14-11	6.000.000	3	146.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Espacio para
Logo Corporativo

JENNIFFER KATHERINE LEON
OVALLE
NIT 1.020.747.592-9
CL 1 SUR 72 13
Tel: (601) 4504134
Bogotá - Colombia
jeleon16@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. 39

Señores	subred integrada de servicios de salud suroccidente e.s.e		
NIT	900.959.048-4	Teléfono	(601) 4546800
Dirección	cl 9 39 46	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	15/01/2024, 18:10
Expedición	15/01/2024, 18:10
Vencimiento	15/01/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Servicios de médicos especialistas	1.00	10,399,920.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Diez millones trescientos noventa y nueve mil novecientos veinte pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Transferencia \$ 10,399,920.00

Observaciones:

HONORARIOS PROFESIONALES COMO MEDICO DURANTE ENERO 2024

Total Bruto	10,399,920.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	10,399,920.00

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

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 18764061573285 aprobado en 20231209 prefijo desde el número 37 al 100 Vigencia: 6 Meses

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: b84801adbfbdb182ff0e878c1016f07af254a2c283fba9fef39d6232f566ac8aaf9e0f36b8f535d349455ff6a1f0a396