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:	Steven Fabian Lopez Farfan											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		X		C.E			No.	1032425590			
CORREO ELECTRONICO:	steven_flopez@hotmail.com							CELULAR:	8043578			
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 DE BOGOTA						TIPO DE CUENTA:		AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	82369992								PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	1023			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	2024-01-17 10:45:28.000	NÚMERO DE CRP	6691	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			2024-01-31		
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:	$148,198,860
VALOR EJECUTADO	$142,478,904
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11,439,912
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,719,956
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
9460210420	$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

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 hospitalizaciónSeguimiento 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.

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 Cenfi Salud Subred Suroccidente

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032425590		LOPEZ FARFAN STEVEN FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 73 a # 74 b 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8043578	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	329893621	9460210420	I	2024/01/23	2023/12/11	BANCO DE BOGOTA	0	$1,416,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$4,580,000	$732,800			$4,580,000	$572,500			$0	$0			$4,580,000		$111,600		$0	$0		$1,416,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$4,580,000	$732,800			$4,580,000	$572,500			$0	$0			$4,580,000		$111,600		$0	$0		$1,416,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$4,580,000	$732,800			$4,580,000	$572,500			$0	$0			$4,580,000		$111,600		$0	$0		$1,416,900
1	CC	1032425590 LOPEZ STEVEN																		23030 1	30	$4,580,000	$732,800	EPS005	30	$4,580,000	$572,500		0	$0	$0	14-11	30	$4,580,000	2.436%	$111,600	0	$0	$0	No	$1,416,900
Total		**Afiliados(1)**																				$4,580,000	$732,800			$4,580,000	$572,500			$0	$0			$4,580,000		$111,600		$0	$0		$1,416,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032425590		LOPEZ FARFAN STEVEN FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 73 a # 74 b 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8043578	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	329893621	9460210420	I	2024/01/23	2023/12/11	BANCO DE BOGOTA	0	$1,416,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$732,800	$0	$0	$732,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$732,800	$0	$0	$732,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$111,600	$0	$0	$111,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$111,600	$0	$0	$111,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$572,500	$0	$0	$572,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$572,500	$0	$0	$572,500
TOTAL				1	$1,416,900	$0	$0	$1,416,900

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b7e6739030948d53418dbb270275e67004fd264a2c54e9df5bf8866d3a4a1b005dafc531a3b95d6bf57dbaaa3f658635

Número de Factura: 57
Fecha de Emisión: 09/01/2024
Fecha de Vencimiento: 08/02/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: LOPEZ FARFAN STEVEN FABIAN
Nombre Comercial: LOPEZ FARFAN STEVEN FABIAN
Nit del Emisor: 1032425590
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 138 10 A 97
Teléfono / Móvil: 8043578
Correo: steven_flopez@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 4546800
Correo: gerencia@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	100	Servicios de médicos especialistas	HUR	132,00	$ 86.666,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 11.439.912,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-01-09 15:20:18
Documento generado el: 2024-01-09 15:20:10
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			11.439.912,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			11.439.912,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			11.439.912,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	11.439.912,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764059509876 Rango desde: 37 Rango hasta: 100 Vigencia: 2024-05-08