| 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: | Maria del Pilar Salom Hernandez | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 32639381 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | norandjor@gmail.com | | | | CELULAR: | 6703423 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Imagenología No Radiológica(Ecografía y Ultrosonografía) Zona Franca | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO08L04 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 5900071761 | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1595 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 2024-01-17 10:45:28.000 | NÚMERO DE CRP | 7150 | FECHA | 2024-01-17 10:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-01-01 | | 2024-01-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $19,489,680 | | | | | | |
| 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: | $233,876,160 |
| VALOR EJECUTADO | $233,876,160 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $19,489,680 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73782738 | $7,795,872 | $974,484 | $1,247,340 | 3 | $189,907 | $2,411,731 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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 su especialidad. | Realizar en los diferentes servicios de consulta externa, urgencias y Hospitalizados de la Subred todos los estudios ecográficos convencionales solicitados y agendados Registrar en la Plataforma Dinamica los informes de los estudios de ecografías efectuadas, cubrir en extención el servicio según programacion mensual, durante el mes de ENERO de 2024. | Registrar en la Plataforma Dinamica los informes de los estudios de ecografías efectuadas, cubrir en extención el servicio según programacion mensual, durante el mes de ENERO de 2024. |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Mantener la confidencialidad de lo consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes de las ecografías realizadas. | Mantener la confidencialidad de lo consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes de las ecografías realizadas. |
| 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 | Llevar Diariamente el registro de las ecografias realizadas, en los RIPS. | Resultados generados de las ecografias estudios realizadas (RIPS) del mes de ENERO de 2024. Horas de ecografIas 168. Horas de transcripción 12. |
| Participar en la programación de actividades del área | Participacion de reuniones, capacitaciones fisica y virtuales a las que sea solicitado | Participacion de reuniones, capacitaciones fisica y virtuales a las que sea solicitado. Asegurate del mes de ENERO:Clima de Seguridad del Paciente. |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reportar en el aplicativo de Almera de Seguridad del Paciente de los eventos de notificacion obligatoria. | Reportar en el aplicativo de Almera de Seguridad del Paciente de los eventos de notificacion obligatoria. |
| 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. | Notificacion de la verificación de equipos biomédicos solicitar revison y/o cambios de equipos y accesorios, mantenimientos, notificando las fallas de calidad que se presenten en el servicio. | Reporte oportuno en el aplicativo (Mesa de ayuda) mes de ENERO de 2024. |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Dar instrucciones a su equipo de trabajo ( transcriptora), antes, durante y después de la realización de los estudios ecograficos. | Informe en la HC de cada paciente atendido durante el mes de ENERO de 2024. |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad, con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento. | Informe en la HC de cada paciente atendido durante el mes de ENERO de 2024.. |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | NA | NA |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | NA | NA |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informar al paciente y a su acompañante los hallazgos encontrados en el procedimiento. | Redireccionar al servicio de Urgencias o atención prioritaria cuando sea necesario. |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Dar concepto diagnóstico después de cada exploracxión ecográfica. | Anotar en la HC la opinión de cada ecografía realizada en el mes de ENERO 2024. |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Cumplimiento de normas de seguridad al paciente durante el procedimiento ecográfico. | Reportar incidentes o eventos adversos que se presenten en el mes de ENERO de 2024. |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades. | Informe mensual de ENERO de 2024. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Lista de entrega de elementos | Firma de recibido en el mes de ENERO de 2024. |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Firma de asistencia a la reuniones a las cuales sea convocado | Firma de asistencia del mes de ENERO de 2024.. |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografía. | Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografía. |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografias. | Adherencia a los protocolos institucionales durante el mes de ENERO de 2024.. |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Registrar las actividades de estudios ecográficos quedando en la Historia Clínica el informe ecográfico respectivo de los pacientes; de los cuales quedan las evidencias y registros de acuerdo al tipo de paciente atendido (Ambulatorio: De cuerdo a solicitud de cita para realización de los estudios; Urgencias y Hospitalización:)y llevar el registro de pacientes atendidos( RIPS). | Registrar en la Plataforma Dinamica los informes de los estudios de ecografías efectuados, cubrir en extención el servicio según programacion mensual, durante el mes de ENERO de 2024.. |
| Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Participar cuando sea requerido | Firma de asistencia del mes de ENERO de 2024.. |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | NA | NA |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Comprobante de pago de la Seguridad Social | Entrega de Comprobante de la seguridad Social del mes de DICIEMBRE de 2023. |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografías. | Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografías. |

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 32639381 | MARIA DEL PILAR SALOM HERNANDEZ | AVDA CALLE 170 # 76-70casa5 | 6019308488 | NORANDJOR@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 10/01/2024 | 73782738 | $2.489.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 974.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 974.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 1.247.400 | 0 | 0 | 39.000 | 39.000 | 0 | 0 | | 1.325.400 | 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 | 190.000 | | | | 190.000 | 0 | 0 | 190.000 | | | 1.900 | 190.000 | 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 | 974.500 | 974.500 |
| Pensión | 1 | 1.325.400 | 1.325.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 190.000 | 190.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 2.489.900 | 2.489.900 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 32639381 | MARIA DEL PILAR SALOM HERNANDEZ | | AVDA CALLE 170 # 76-70casa5 | 6019308488 | NORANDJOR@GMAIL.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 |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 10/01/2024 | 73782738 | $2.489.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 32639381 | SALOM HERNANDEZ MARIA DEL PILAR | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 7.795.872 | 1.247.400 | 0 | 0 | 39.000 | 39.000 | EPS037 | 7.795.872 | 974.500 | 14-11 | 7.795.872 | 3 | 190.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Espacio para
Logo Corporativo

**Maria del Pilar Salom Hernandez**
NIT 32.639.381-
avda calle 170 #76-70 casa 5
Tel: (031) 3102212039
Bogotá - Colombia
norandjor@gmail.com

Factura electrónica de venta
**No. FE 808**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e. | | |
| **NIT** | 900.959.048-4 | **Teléfono** | (601) 5715551347 |
| **Dirección** | cl 9 39 46 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

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

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | HONORARIOS CONSULTA | 180.00 | 19,489,680.00 |

**Total items:** 1

**Valor en Letras:**
Diecinueve millones cuatrocientos ochenta y nueve mil seiscientos ochenta pesos m/cte

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 19,489,680.00 |
| **Total a Pagar** | 19,489,680.00 |

**Condiciones de Pago:**
Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-01-10 por $ 19,489,680.00

**Observaciones:**
Honorarios ENERO 2024. Contrato 1595-2023

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo 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 18764063404588 aprobado en 20240106 prefijo FE desde el número 808 al 900 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
**CUFE:** 032734e159f1f4878ca88e18add6e83ed82623894a785140a29d5c06461ddb08e1154a34a4e556c59963f350ffc4345a

Maria del Pilar Salom Hernandez

# Perfil de usuario



## Maria del Pilar Salom Hernandez

MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGO

Contrato Actual: 4443-2024

6703423 norandjor@gmail.com

## Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
32639381

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
5900071761

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **16/02/2024**.

RELACION DE CUENTAS 157327

Buscar

CREAR CUENTA +

| ID | CONTRATO | PERIODO | VALOR EJECUTADO | VALOR A PAGAR | % EJECUTADO | SALDO POR EJECUTAR | ESTADO | ACCIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **157327** | 1595 | 2024-01-01 / 2024-01-31 | $233,876,160 | $19,489,680 | 100 | $0 | APROBADA | |
| **152526** | 1595 | 2023-12-01 / 2023-12-31 | $214,386,480 | $19,489,680 | 100 | $0 | APROBADA | |
| **147739** | 1595 | 2023-11-01 / 2023-11-30 | $194,896,800 | $19,489,680 | 100 | $0 | APROBADA | |
| **141572** | 1595 | 2023-10-01 / 2023-10-31 | $175,407,120 | $19,489,680 | 100 | $0 | APROBADA | |
| **136848** | 1595 | 2023-09-01 / 2023-09-30 | $155,917,440 | $19,489,680 | 100 | $0 | APROBADA | |

Filas por página: 5 1 - 5 de 28