

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

NO.10-2024

LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD

SUROCCIDENTE E.S.ENIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PEDRO ANGEL NIETO MANRIQUE

C.C 1016084959 DEBOGOTA D.C

La suma de \$7.098.352 (SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS), por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como MEDICO en la Dirección de Gestión de Riesgo de la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE, durante el periodo de 01 al 31 de ENERO de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5261-2023.

Ángel Nieto

PEDRO ANGEL NIETO MANRIQUE

C.C 1016084959 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS

BANCOLOMBIA

NUMERO 60286427181

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1016084959
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PEDRO ANGEL NIETO MANRIQUE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	LAURELES DE NUEVA CASTILLA	TÉLFONO: 6790687
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7907615140	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD: AÑO: 2023
DÍAS DE MORA:	1	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/01/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 401683054

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 456.400
SUBTOTAL:					1	\$ 456.400
SALUD						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR			1	\$ 356.600
SUBTOTAL:					1	\$ 356.600
RIESGOS PROFESIONALES						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 69.600
SUBTOTAL:					1	\$ 69.600

VALOR SIN MORA:	\$ 881.600
VALOR MORA:	\$ 1.000
TOTAL PAGADO:	\$ 882.600

					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:				PEDRO ANGEL NIETO MANRIQUE									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1016084959				
CORREO ELECTRONICO:				angelnietomed@gmail.com				CELULAR:		3006790687			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				EQUIPO ATENCION EN CASA FONTIBON				SEDE:		SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%										
		FO08K33-5	100										
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				60286427181				PENSIONADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO		5261				VIGENCIA		2023					
NÚMERO DE CDP		378		FECHA	2024-01-26 14:41:46.000		NÚMERO DE CRP		12486		FECHA	2024-01-31 13:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN MEDICINA											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL			
						2024-01-01							
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$7,098,352							
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:								\$60,335,992					
VALOR EJECUTADO								\$56,786,816					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$7,098,352					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$3,549,176					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								94%					
El intervisor 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	
7907615140		\$2,839,341		\$354,918		\$454,295		3		\$69,166		\$878,378	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.													
YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA 52779671 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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, tecnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur Occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	Realizar consultas médicas domiciliarias	Historia clínica y plan de cuidado y canalización circ
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas.	Realizar consultas médicas domiciliarias	Historia clínica y plan de cuidado y canalización circ
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas y prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente.	Realizar educación al usuario de hábitos de vida saludable	Historia clínica y plan de cuidado y canalización circ
Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	Asistir a las diferentes reuniones generadas por la SDS frente los diferentes temas a tratar con la población caracterizada	Acta de asistencia a reuniones
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	Realizar ejercicio de educación con las familias caracterizada sobre los diferentes servicios de salud que brinda la SUBRED SUR OCCIDENTE	Historia clínica y plan de cuidado y canalización circ
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica) o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención	Presentar los soportes como historias clínicas, visitas realizadas, y planes de cuidado para su revisión	Acta de certificación
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control	Cumplir con la meta asignada por el modelo de sistema integrado de salud territorial con relación a las familias caracterizadas cumuliendo con los lineamientos planteados en el modelo de salud territorial	Historia clínica y plan de cuidado y canalización circ
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos	Cumplir con la meta asignada por el modelo de sistema integrado de salud territorial con relación a las familias	Historia clínica y plan de cuidado y canalización circ
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	Informar al gestor a cargo sobre diferentes inconvenientes que puede presentar en la ejecución del contrato	medio de notificación al supervisor o líder
Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones.	Siempre portar bien la chaqueta y uniforme de la institución	chaqueta y uniforme en buen estado y carnet en buen estado
Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato	Realizar ejercicio de educación con las familias caracterizada sobre los diferentes servicios de salud que brinda la SUBRED SUR OCCIDENTE	Historia clínica y plan de cuidado y canalización circ
Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas.	Realizar ejercicio de educación con las familias caracterizada sobre los diferentes servicios de salud que brinda la SUBRED SUR OCCIDENTE	Historia clínica y plan de cuidado y canalización circ
Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial.	Tener equipos de cómputo en buen estado para la realización de actividades	acta de entrega de equipos en buen estado
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Realizar consultas médicas domiciliarias	Historia clínica y plan de cuidado y canalización circ

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
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