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 FERNANDA ARIAS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1045713731	
CORREO ELECTRONICO:	THIAGODAVIDARIAS15@GMAIL.COM				CELULAR:	0	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37B05	0					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	468000092394				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6240			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	2024-01-17 10:45:28.000	NÚMERO DE CRP	8748	FECHA	2024-01-17 10:59:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-01-01		2024-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,446,946				
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:	$31,115,240
VALOR EJECUTADO	$31,090,917
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,446,946
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$24,323
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
74003778	$2,661,965	$332,746	$425,914	3	$64,845	$823,505

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

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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 cuidado del paciente,	1,Realicé las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente,	4,Registros en las historias clinicas de los pacientes atendidos
3,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	3,Llevé el 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	4,Registros en las historias clinicas de los pacientes atendidos
4,Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	4,Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	4,Registros en las historias clinicas de los pacientes atendidos
5,Participar en la programación de actividades del área	5,Participé en la programación de actividades del área	5,Lista de asistencia, (si la hay)
6,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	6,Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	6,Reporte, (si lo hay)
7,Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio	7,Notifiqué las fallas de calidad que se presenten en el servicio	7,Informe (si lo hay)
8,Participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	8,Participé en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	8,Lista de asistencia, (si la hay)
9,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	9,No aplica	9,No aplica
10,Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	10Diligencié en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	15,Registros en las historias clinicas de los pacientes atendidos
11,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	11,Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento	15,Registros en las historias clinicas de los pacientes atendidos
12,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	12,Practiqué el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	15,Registros en las historias clinicas de los pacientes atendidos
13,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	13,Informé al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	15,Registros en las historias clinicas de los pacientes atendidos
14, conceptos médicos que se le requieran	14,Emití conceptos médicos que se le requieran	15,Registros en las historias clinicas de los pacientes atendidos
15,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	15,Apoyé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	15,Registros en las historias clinicas de los pacientes atendidos
16,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	16,Elaboré informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	16,Formato de informe de actividades
17,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	17,Participé en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	17,Lista de asistencia, si la hay
18,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	18,Dí cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	18,Registros en las historias clinicas de los pacientes atendidos
19,Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	19,Apoyé a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	19,Informes (si lo hay)
20,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	20Registré las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	20,Formato de informe de actividades
21,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	21,No aplica	21,No aplica
22,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	22,Entregué la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	22,Copia de planilla de pago mensual

Copia Controlada Subred Suroccidente

23,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	23,Realicé las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. .	23,Relación de actividades si las hay

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA FERNANDA ARIAS SANTOYA

C.C No. 1045713731 DE BOGOTÁ

La suma de: ($6.446.946) Seis millones cuatrocientos cuarenta y seis mil novecientos cuarenta y seis pesos m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios como Médico Hospitalario I en el servicio de Pediatría en la unidad Bosa, durante el periodo de 1 al 31 de enero de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 6240-2023

MARIA FERNANDA ARIAS SANTOYA

C.C No. 1045713731 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 468000092394

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	1045713731	MARIA FERNANDA ARIAS SANTOYA	CALLE 94 A 69 B 40 BARRIO JULIO FLOREZ	0000000	MARIARIASANTOYA@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	16/01/2024	74003778	$828.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	332.800	0		0		0	6	1.800	0	334.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	426.000	0	0	0	0	6	2.400	0	428.400	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	64.900				64.900	6	400	65.300			649	65.300	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	332.800	334.600
Pensión	1	426.000	428.400
Riesgos Laborales	1	64.900	65.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	823.700	828.300

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**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	1045713731	MARIA FERNANDA ARIAS SANTOYA	CALLE 94 A 69 B 40 BARRIO JULIO FLOREZ	0000000	MARIARIASANTOYA@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	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2023-12	2023-12	I	16/01/2024	74003778	$828.300	

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	1045713731	ARIAS SANTOYA MARIA FERNANDA	59	0			N																	230201	2.661.965	426.000	0	0	0	0	EPS005	2.661.965	332.800	14-11	2.661.965	3	64.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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