| 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: | Daniel Hedmont Rojas | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 80419073 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | danielhedmont@gmail.com | | | | CELULAR: | 8002194 - 3106983239 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT NEUROLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | |
| | KE10A13 | 60 | KE10B04 | 40 | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 286000142237 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3646 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 328 | FECHA | 2024-01-20 16:49:01.000 | NÚMERO DE CRP | 15772 | FECHA | 2024-02-01 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- NEUROLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-02-01 | | 2024-02-29 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $16,119,876 | | | | | | |
| 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: | $43,359,628 |
| VALOR EJECUTADO | $16,119,876 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $16,119,876 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $27,239,752 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 37% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7909488741 | $6,447,950 | $805,994 | $1,031,672 | 3 | $157,072 | $1,994,738 |

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJIA
79436979
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 |
|---|---|---|
| Efectuar labores profesionales en Neurología, relacionadas con la atención de personas con compromiso del sistema nervioso central y periférico, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, recuperación de estas patologías, así como orientar a los pacientes y sus familiares en el conocimiento y tratamiento de su padecimiento neurológico y direccionarlo a los diferentes centros de excelencia del servicio de Neurología. | Atiende pacientes de neurología que demanden el servicio en la USS occidente de Kennedy en las áreas de consulta externa, hospitalización y urgencias, de acuerdo con el ciclo de atención establecido | Notas de evolución en las historias clínicas, oferta de agendamiento diario entrega diaria de RIPS diligenciados. |
| Realizar oportunamente el recibo y entrega de turnos de pacientes. | Realiza recibo y entrega de turnos de pacientes. | Manejo de libro de entrega de turno que reposa en la coordinación del servicio |
| Realizar las revistas médicas diariamente. | Realiza revista médica diariamente en los servicios de urgencias y hospitalización. | Registro en hojas de evolución de pacientes. |
| Atender de manera oportuna las interconsultas emitidas por los demás servicios de la unidad de prestación de servicios occidente de Kennedy. | Realiza respuesta a interconsultas diariamente en los servicios de urgencias y hospitalización. | Registro en hojas de evolución e interconsultas en historia clínica. |
| Dar información a pacientes y/o familiares sobre el estado de salud de acuerdo a la patología que se presente. | Da información a pacientes y/o familiares sobre el estado de salud, de acuerdo con la patología que se presente. | Registro en historia clínica. |
| Diligenciar correctamente la historia clínica establecida en la institución, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica de la unidad de servicios de salud occidente de Kennedy. | Diligencia correctamente la historia clínica establecida en la institución, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica de la unidad de servicios de salud occidente de Kennedy. | Auditoria de calidad en el diligenciamiento de historias clínicas, por parte de la coordinación. |
| Cumplir con el diligenciamiento de los Registros individuales de prestación de servicios de acuerdo a cada una de las subespecialidades del servicio de neurología. | Diligencia los Registros individuales cada vez que realiza consulta de neurología. | RIPS debidamente diligenciados con diagnostico correspondiente. |
| Mantener las estadísticas mensualmente, con el fin de determinar la morbilidad en el servicio de neurología. | El neurólogo realiza mensualmente las estadísticas. | Consolidado mensual que reposa en la coordinación del servicio. |
| Hacer uso adecuado de los medicamentos, dispositivos médicos, o insumos, que por su labor diaria tengan que utilizar. | En los procedimientos que realiza el servicio el neurólogo hace adecuado uso de los mismos. | Órdenes de solicitud de insumos, consignados en las historias clínicas de pacientes según procedimiento. |
| Informar cualquier indicio de atención insegura que se presente durante el desarrollo de sus actividades con el fin de mitigar riesgos en la atención de pacientes. | Realiza reporte, toda vez que se presente un indicio de atención insegura. | Ficha de indicio de atención insegura diligenciadas y gestionadas con la oficina de seguridad del paciente. |
| Participar de manera activa en las juntas de neurología, que tiene establecido el servicio. | Participa activamente en las juntas que realiza el servicio. | Reportes de evolución de juntas medicas en historia clínica y RIPS entregados al área de gestión documental. |

FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJIA
79436979
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 Sur Occidente

**DANIEL HEDMONT ROJAS**
NIT: 80419073-9
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CL 127 D 19 A 88 TO 3 AP 701, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3106983239
Autorización facturación electrónica No. 18764059585601 válida desde 2023-11-08 hasta 2024-05-08 rango desde DHFE32 hasta DHFE500.

**Cliente:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
**NIT:** 900959048
**Dirección:** CALLE 9 # 39-46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 110851
**Teléfono:** 7560505
**Email:** facturacionelectronica@subredsuroccidente.gov.co

**Forma de Pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Crédito Bancario
**Fecha de Pago:** 13/03/2024
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** DHFE35
**MONEDA:** COP Colombia, Pesos
**HORA EMISIÓN:** 20:38:46
**FECHA FIRMADO:** 13/02/2024 20:38:50

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 13 | 02 | 2024 | 13 | 03 | 2024 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U. MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO U. | IVA | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 002 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. *Prestación servicios profesionales especializados en el area de neurología, durante el periodo del 01 al 29 de febrero de 2024, conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3646-2024* | WSD | 1,00 | $16.119.876,00 | | 0,00 | $16.119.876,00 |

**Notas**:

**SON**: (dieciseis millones ciento diecinueve mil ochocientos setenta y seis pesos )
**CUFE**: 40c32f5224d69d63ceb23038dfca7dc76016587cfedddeeeeffa43d089fccdbba18af851d5c87cd34986804bfd8a6068

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $16.119.876,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total de la operación:** | $16.119.876,00 |
| **Total:** | $16,119,876.00 |
| **ReteRenta:** | $1.773.186,36 |
| **ReteICA:** | $96.719,26 |
| **Neto Factura:** | $14.249.970,38 |

| IMPUESTO | BASE | TARIFA | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| **RETENCIONES** | | | |
| 06 ReteRenta | $16.119.876,00 | 11,00% | $1.773.186,36 |
| 07 ReteICA | $16.119.876,00 | 0,60% | $96.719,26 |

**Firma Digital:** DUxLT+lwJwGhwvZ9VFbz/KlVUqA0crEo3HI47T0+XuRH6bwcHyZy9p3yNqJfh9U6 TujdX4VAOZ4sNo1aIS6vW10iZQV+ujsbO+FMn8V7V/a0tTUW0S tuNBJscy+cvD2P LQhKWq/DmMC6JyDjXVejcPQKy5L31ZXy1/arTdHXSJta5zhsp1mTH8BouxQsd+TH QcyWsgQ+Drwl81sficnqculLZMVh2tol2ey /9jKQfl5qqzEodAtSVe758Ji0Jd7v /V9FiMFdnBXNt6pe9FHXsH4gU+a29sQ7OjhziTvvkKzNjgoRevzNCX7wUeiaJ43A 50pkVesofaomMD1TabNy KQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

facturatech
Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80419073 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DANIEL HEDMONT ROJAS HEDMONT ROJAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 127D # 19-88 3-701 | TELÉFONO: | 8002194 |
| 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: | **7909488741** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/02/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 444256564 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 1.360.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.360.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 1.000.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.000.000** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 48.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 48.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 194.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 194.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 2.602.900** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 2.602.900** |

Planilla Pagada