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:	Carlos Eduardo Urquijo Mendoza						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016100762	
CORREO ELECTRONICO:	carlosurquijo9722@gmail.com				CELULAR:	3053691214	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL USS CENTRO DÍA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO04A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488439352128				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3063			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	987	FECHA	2024-03-30 13:58:58.000	NÚMERO DE CRP	22959	FECHA	2024-04-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-02-01		2024-02-29		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,301,772				
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:	$4,301,772
VALOR EJECUTADO	$4,301,772
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,301,772
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
74369357	$1,720,709	$215,089	$275,313	3	$41,916	$532,318

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

LUZ JEANNETTE CORTES QUIROGA
39690976
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	Se realiza atencion de acuerdo a la consulta requerida por el paciente	Se realiza atencion de acuerdo a la consulta requerida por el paciente
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, 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	No aplica	No aplica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	Se brinda confidencialidad de Historia clinica de acuerdo al tipo de consulta asignada al usuario	Registro en Historia clinica
Participar en la programación de actividades del área	se asiste a las reuniones programadas en la sede indicada	Actas de asistencia
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	Se tiene en cuenta los eventos a notificar en el momemento que asi se requiera	Fichas de notificacion
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio	Reportes por mesa de ayuda a lider de sede de acuerdo a las necesidad del servicio	Mesa de ayuda
participar en los análisis a los que sea convocado e Implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Para el mes de Mayo no se reporta asistencia a analisis	No aplica
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	cuando asi se requiera	Permanente
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Se diligencia en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Permanente
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia el consentimiento informado acorde al procedimiento	Cuando asi se requiera
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Se tiene en cuenta cuando asi se requiera	Cuando asi se requiera
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Se informa al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Mediante el diligenciamiento de HC
Emitir conceptos médicos que se le requieran	De acuerdo a necesidad del servicio dentro de la consulta del paciente	Diligenciamiento de HC
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	cuando asi se requiera	cuando asi se requiera
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	cuando asi se requiera	cuando asi se requiera
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Se brinda informe mensual al supervisor de contrato teniendo en cuenta novedades por presentar o cumpli	Informe de rendimiento y productividad
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	se entrega elementos brindados en buenas condiciones al final de consulta	Permanente
Participar en las jornadas de capacitación,. inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	se asiste a las reuniones programadas en la sede indicada	Actas de asistencia
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,	cuando asi se requiera	cuando asi se requiera
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Se tienen en cuenta acitividades de acuerdo al perfil de medico general	Cuando asi se requiera
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro de HC	Sistema de informacion Dinamica Gereancial
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	No aplica	No aplica
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Se entrega soporte de aportes parafiscales correspondientes al mes en curso que se presenta cuenta de cobro	Planilla de pago
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Se tienen en cuenta acitividades de acuerdo al perfil de medico general	Cuando asi se requiera

Copia Certificada Subred Sur Oriente

LUZ JEANNETTE CORTES QUIROGA
39690976
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	1016100762	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	Cr 104 #1628	3053691214	carlosurquijo9722@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74369357	$580.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	234.600	0		0		0	0	0	0	234.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	300.300	0	0	0	0	0	0		300.300	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	45.800				45.800	0	0	45.800			458	45.800	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	234.600	234.600
Pensión	1	300.300	300.300
Riesgos Laborales	1	45.800	45.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.700	580.700

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	1016100762	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA		Cr 104 #1628	3053691214	carlosurquijo9722@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74369357	$580.700	

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	1016100762	URQUIJO MENDOZA CARLOS EDUARDO	59	0			N																	25-14	1.876.800	300.300	0	0	0	0	EPS008	1.876.800	234.600	14-11	1.876.800	3	45.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTOEQUIVALENTE FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DESALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

CARLOS EDUARDO URQUIJOMENDOZA

C.C 1016100762 DE BOGOTA

La suma de cuatro millones trescientos un mil setecientos setenta y dos mda cte. ($4,301,772) por concepto de: médico general, durante el periodo de 01 al 29 de Febrero de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3063-2024 en la USS. Centro dia .

CARLOSEDUARDO URQUIJOMENDOZA
Nombredecontratista
C.C. 1016100762 DE BOGOTA

CUENTA DEAHORROS DAVIVIENDA

550488439352128