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:	Paula Milena Toro Herrera						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1014216635	
CORREO ELECTRONICO:	paula_0319@hotmail.com				CELULAR:	3164979626	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV131 USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10V02-P40	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	82792034311				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	53			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	920	FECHA	2024-03-21 13:38:44.000	NÚMERO DE CRP	22303	FECHA	2024-03-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-03-01		2024-03-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$7,174,945						
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:	$20,118,534
VALOR EJECUTADO	$16,044,423
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7,174,945
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,074,111
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	80%

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
7914927530	$2,682,471	$335,309	$429,195	3	$65,345	$829,849

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

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ
52837358
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.	Adherirsen a las guías clinicas de urgencias, de atención prehospitalaria, y con pertinencia manejar la atención de un paciente	Registros clinicos coherentes
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Atención de pacientes con ética, valores y principios adheridos al manual de buen gobierno institucional	Registros clínicos coherentes, completos , veraces, y claros
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	Registros de pacientes y demás actividades que sean necesarias para la operación del programa (registros de HC, desestimientos, formulación, control de atención de pacientes)	Registros completos para el proceso de facturación, para seguimiento y trazabilidad en las atenciones
4)Garantizar la facturación de las atenciónes que se desarrollen en el programa de Atención Prehospitalaria	Hcaer entergea de manera inmediata posterior a la atenión de los registros clínicos (antes de 24 horas) para realizar el proceso de facturación	Registros clínicos completos
5) Participar en la programación de actividades del área.	Participar en las actvidades que se desarrollen para la adecuada operación del programa	Participación en las diferentes actividades
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Realizar la notificación de inicidentes o eventos adversos que se presenten en el proceso de atención 0 inicdentes en el proceso de la operación del programa de APH	Notificaciones realizadas
7) 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.	Revisar registros clinicios, y soportes clínicos necesarios para participar en ananlisis de caso o actividades de investigacion en representacion del procedimiento de APHo Dirección de Urgencias	Participación activa
8) Adheririse a la regulación que se realiza desde el CRUE	Establecer adherencia a el proceso para la atención de pacientes desde la regulación por secretaria, manejo de pacientes y destino de los mismos de acuerdo a sus condiciones	No presencia de novedades
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad (aplicativos, formatos)	Diligenciamar de manera completa de los registros clínicos	Registros clínicos completos
10)Garantizar el adecuado manejo de los equipos biomedicos	Velar por su seguridad, conservación y cuidado de los equipos biomedicos desde el manejo del mismo como su custodia	reportes, generación de actas de capacitación, mantenimientos
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Realizar seguimeinto de los pacietnes a fin de optimizar la operación de las móviles	no reportes o hallazgos
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Brindar un atención humanizada, con privacidad, con adecuada informacion para el paciente y su familia	No presencia de manfestaciones o quejas por este motivo
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emitir conceptos médicos dentro de la pertinencia y coherencia clínicia	Conceptos
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Adherirse al manual de Acreditación insitucional	Actas de capacitación, soportes de adherencia
15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Actas de capacitación, soportes de adherencia	Inusmos y elementos completos

Copia Controlada Subred Sur Occidente

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ
52837358
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAULA MILENA TORO HERRERA
C.C 1.014.216.635

La suma de: ($ 7.174.945) m/cte. por concepto de: Prestar servicios como auxiliar de enfermería en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional., durante el periodo del 01 al 31 de marzo 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 53-2024



PAULA MILENA TORO HERRERA
C.C 1.014.216.635
CUENTA DE AHORRO BANCOLOMBIA S.A
NUMERO 82792034311

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1014216635
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAULA MILENA TORO HERRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 77B N 120A 45 LA SABANA TORRE 4	TELÉFONO:	3164979
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7914927530**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	3		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	507291457

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 429.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 429.200	$ 1.200	$ 430.400
SUBTOTALES:										**$ 429.200**	**$ 1.200**	**$ 430.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 335.400	$ 0	$ 900	$ 0	$ 335.400	$ 900	$ 0	$ 336.300
SUBTOTALES:													**$ 335.400**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 336.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1014216635	TORO HERRERA PAULA MILENA	INDEPEND		$ 1.700.000				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 2.682.472	$ 429.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 429.200	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.682.472	$ 335.400	$ 0	$ 335.400			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 766.700**

Planilla Pagada