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:	Julián Andrés Rincón Amaya								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79747619			
CORREO ELECTRONICO:	julianmdrinconamaya@gmail.com				CELULAR:	3212367736			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI PEDIÁTRICA USS PATIO BONITO TINTAL				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE11J03	70	KE11J06	30					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO ITAU CORPBANCA COLOMBIA SA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	765100252						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3630			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	328	FECHA	2024-01-20 16:49:01.000	NÚMERO DE CRP	16604	FECHA	2024-02-03 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL 2024-02-03	HASTA	FECHA FINAL 2024-02-29		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$15,079,884				
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:	$51,999,600
VALOR EJECUTADO	$15,079,884
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$15,079,884
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$36,919,716
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	29%

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
9462877598	$5,303,959	$662,995	$848,633	3	$129,204	$1,640,833

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

JERSON SILVA VASCO
80219823
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. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos resoluciones, circulares de cualquier organo externo o reglamento interno, codigo o directriz interna de la E.S.E que tenga relacion con la ejecucion del objeto del presente contrato	Cubrimiento del área de Cuidado Intensivo Pediatrico según la programación y las necesidades presentadas.* Diligenciar las Historias Clínicas correspondientes manteniendo el orden adecuado en las mismas.* Ordenamiento e interpretación de Laboratorios clínicos, Imagenologicos y especializados anotando su interpretación en las historias.* Revista médica, clínica, académica y asistencial en las áreas asignadas. * Desarrollar las actividades asistenciales consertadas.* solicitar y dar respuesta a Interconsultas de otras especialidades.* Actividades docente asistenciales. Procedimientos médicos quirúrgicos según necesidad de cada paciente	Registros de valoración y evolución en la Historia Clínica completa , realizacion de ingreso y epicrisis de los pacientes a la uniadd de cuidod intensivo pediatrico, Continuación del proceso docente asistencial con estudiantes de post grado asignados. reposnder i Interconsultas solicitadas
2, Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a hello hubiere lugar	Informar a la jefatura del Departamento sobre inconvenientes presentados en la prestación del servicio. Buscar y aportar soluciones para mejorar la calidad y oportunidad del mismo	notificaciones a superiores sobre solicitud de faltan tes para adecuado funcionamiento de la unidad
3, obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecucion del presente contrato, de acuerdo al codigo del buen gobierno y ética institucional y/o profesional	Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio.	adecaudo proceso de valoracion y manejo de los paciente de aceurdo a nuestra vision y misión
4.pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primero dias calendario de cada mes.	Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato	entrega de recibo de pago de segurada social
5, cumplir con la adherencia a las guias de manejo manuales instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Las áreas de Ginecoobstetricia, Unidad de Recién Nacidos, Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización	Custodio a de historia clinica durante la hospitalizacion en cuidado intensivo pediatrico, informacion a repersentantes legal del menor hospitalizado
6, desarrolar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promocion, cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestion de la subred suroccidente relacionados con la gestion ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestion documental y archivo, sistema unico de acreditacion, responsabilidad social, seguridad de la informacion y control interno, acorde el desarrollo de las responsabilidades asignadas	Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, Urgencias, cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. El seguimiento por procedimiento debe ser realizado por el médico tratante hasta la evolución satisfactoria	realizar procedimiento invasivos y no invasivos que requiere l paciente en la unidad de cuidado intensivo pediátrico
7,contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantia e la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operacion de los componentes del sistema unico de habilitacion,auditoria para le mejoramiento de calidad, sistema unico acreditacion y sistema de informacion	Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención	Ejecución de procedimientos seguros de trabajo en las actividades realizadas dentro del el reglamento de higuiene y seguridad
8, cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema unico de acreditacion, gestio de riesgo, , humanizacion de la atencion, trasfomracion cultural, gestion clinica excelente y segura, gestion de la tecnologia, atencion centrada en el usuario y resposabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas	Llevar y presentar controles estadísticos con fines científicos, administrativos y reportar enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiología y al interventor del contrato, recibir la capacitación en Vigilancia epidemiológica y las políticas institucionales en uso de antibióticos. Dicha información debe ser consolidada y presentada al interventor como soporte para la certificación de actividades	diligenciamiento con enfermeria de libro de ingresos y egreso de la unidad, llenado de rip al egreso Copia de la planilla de pago del SGSSS, del mes certificado.

Copia certificado Subred Suroccidente

JERSON SILVA VASCO
80219823
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79747619		RINCON AMAYA JULIAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 161 No. 54-25 Torre 1 Apto. 507	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7207809	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	452578244	9462877598	I	2024/02/06	2024/02/13	BANCO DAVIVIENDA	7	$2,500,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,780,000	$1,322,600			$7,780,000	$972,500			$0	$0			$7,780,000	$189,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$7,780,000	$1,322,600			$7,780,000	$972,500			$0	$0			$7,780,000	$189,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$7,780,000	$1,322,600			$7,780,000	$972,500			$0	$0			$7,780,000	$189,600		$0	$0
1	CC	79747619 RINCON JULIAN	230301	30	$7,780,000	$1,322,600	EPS005	30	$7,780,000	$972,500		0	$0	$0	14-7	30	$7,780,000	$189,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$7,780,000	$1,322,600			$7,780,000	$972,500			$0	$0			$7,780,000	$189,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79747619		RINCON AMAYA JULIAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 161 No. 54-25 Torre 1 Apto. 507	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7207809	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	452578244	9462877598	I	2024/02/06	2024/02/13	BANCO DAVIVIENDA	7	$2,500,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,322,600	$8,500	$0	$1,331,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,322,600	$8,500	$0	$1,331,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$189,600	$1,200	$0	$190,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$189,600	$1,200	$0	$190,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$972,500	$6,200	$0	$978,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$972,500	$6,200	$0	$978,700
TOTAL				**1**	**$2,484,700**	**$15,900**	**$0**	**$2,500,600**

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

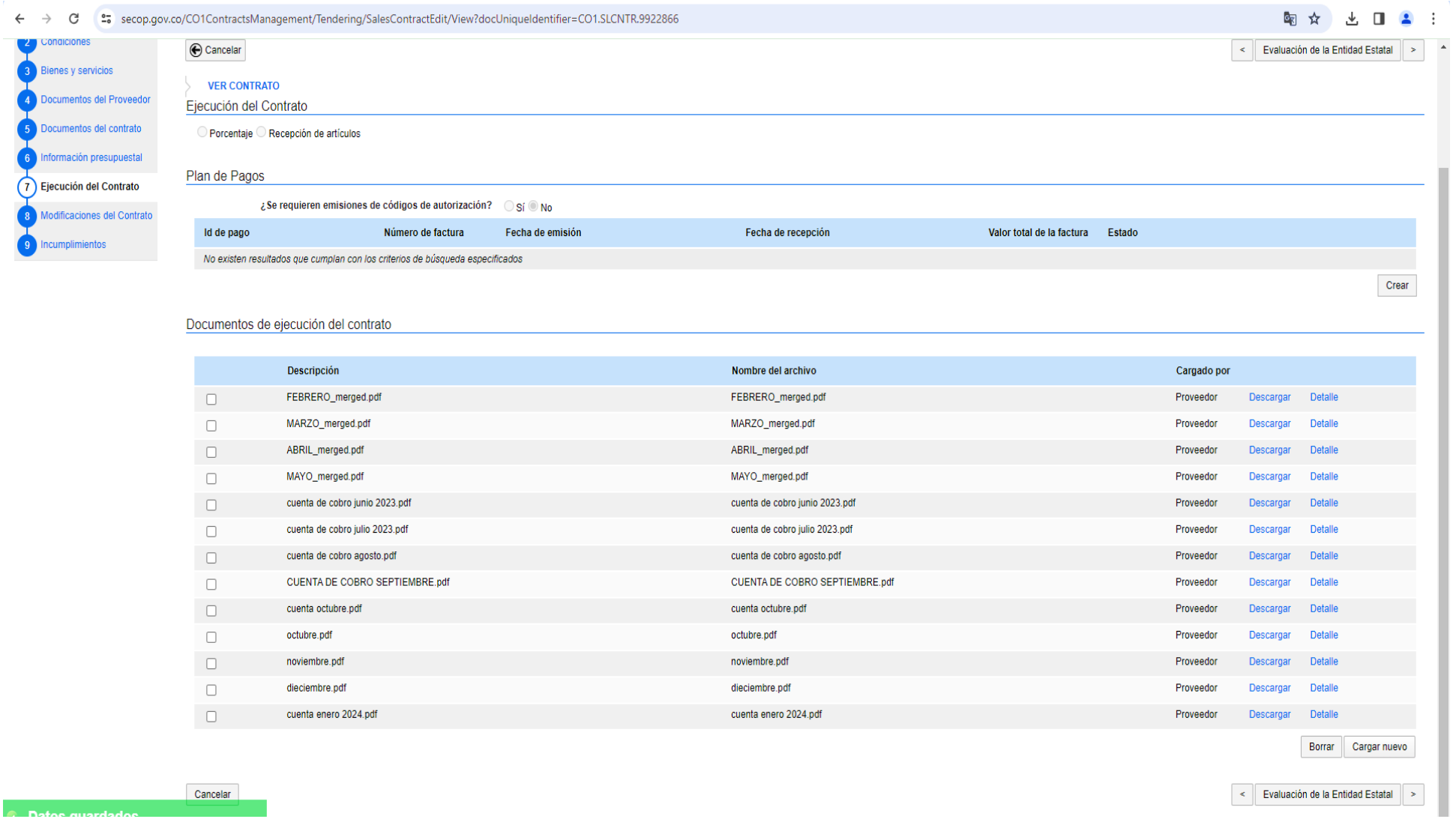
TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	79747619	RINCON	AMAYA	JULIAN	ANDRES	2017-07	CAFESALUD E.P.S S.A.	COTIZANTE
CC	79747619	RINCON	AMAYA	JULIAN	ANDRES	2024-01	E.P.S SANITAS	COTIZANTE
CC	79747619	RINCON	AMAYA	JULIAN	ANDRES	2020-05	MEDIMAS EPS S.A.S	COTIZANTE
CC	79747619	RINCON	AMAYA	JULIAN	ANDRES	2015-11	SALUDCOOP E.P.S	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
E.P.S SANITAS	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

123 Registros en 13 Paginas


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.9922866
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción Nombre del archivo Cargado por
FEBRERO_merged.pdf FEBRERO_merged.pdf Proveedor Descargar Detalle
MARZO_merged.pdf MARZO_merged.pdf Proveedor Descargar Detalle
ABRIL_merged.pdf ABRIL_merged.pdf Proveedor Descargar Detalle
MAYO_merged.pdf MAYO_merged.pdf Proveedor Descargar Detalle
cuenta de cobro junio 2023.pdf cuenta de cobro junio 2023.pdf Proveedor Descargar Detalle
cuenta de cobro julio 2023.pdf cuenta de cobro julio 2023.pdf Proveedor Descargar Detalle
cuenta de cobro agosto.pdf cuenta de cobro agosto.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf Proveedor Descargar Detalle
cuenta octubre.pdf cuenta octubre.pdf Proveedor Descargar Detalle
octubre.pdf octubre.pdf Proveedor Descargar Detalle
noviembre.pdf noviembre.pdf Proveedor Descargar Detalle
dieciembre.pdf dieciembre.pdf Proveedor Descargar Detalle
cuenta enero 2024.pdf cuenta enero 2024.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
Datos guardados

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c6ce41fb77a597a8b8dc7663c475ccd5d5dd7372e70bd28c898ed11bb63dd10509e073af675121118976cbd43d43c506

Número de Factura: FE-40
Fecha de Emisión: 15/02/2024
Fecha de Vencimiento: 29/02/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: RINCON AMAYA JULIAN ANDRES
Nombre Comercial: RINCON AMAYA JULIAN ANDRES
Nit del Emisor: 79747619
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 161 54 25 TO 1 A P 507
Teléfono / Móvil: 3212367736
Correo: julianrinconamaya@yahoo.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CLL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: jefedecontabilidad@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	ESPC	K ESPECIALISTA	NIU	174,00	$ 86.666,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.079.884,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-02-15 12:52:38
Documento generado el: 2024-02-15 12:52:38
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			15.079.884,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			15.079.884,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			15.079.884,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	15.079.884,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764060274523 Rango desde: 34 Rango hasta: 200 Vigencia: 2024-05-21