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:	John Rafael Castro Lara							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79053213		
CORREO ELECTRONICO:	johncas2006@gmail.com				CELULAR:	6018759513		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10J02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870191899				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	3614			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1134	FECHA	2024-04-25 17:06:55.000	NÚMERO DE CRP	26970	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- EN CUIDADO INTENSIVO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-03-01		2024-03-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$9,359,928						
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:	$46,799,640
VALOR EJECUTADO	$20,279,844
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$9,359,928
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$26,519,796
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	43%

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
7914450637	$4,367,966	$545,996	$698,875	3	$106,404	$1,351,274

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

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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
LLevar resgistro de la atencion de los procedimientos actividades e intervenciones, asi como mantener actualizado los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	LLevar resgistro de la atencion de los procedimientos actividades e intervenciones, asi como mantener actualizado los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Siempre
Participar en la programación de actividades del área	Participar en la programación de actividades del área	Siempre
Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Siempre
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Siempre
Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Siempre

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
9ceeacdc5d58cb1928eba2a4be806fb13870429d559cfa5792a16bef5a09219263c0f0f5697451c9209206bde6f16487

Número de Factura: 1100
Fecha de Emisión: 12/03/2024
Fecha de Vencimiento: 12/03/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido: 75
Fecha de orden de pedido: 12/03/2024

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CASTRO LARA JOHN RAFAEL
Nombre Comercial: CASTRO LARA JOHN RAFAEL
Nit del Emisor: 79053213
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Cundinamarca
Municipio / Ciudad: Cota
Dirección: VTE COTA-CHIA KM 1 5 CONJ PALO DE AGUA CA IGUAQUE 37
Teléfono / Móvil: 6018759513
Correo: johncas2006@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 9009590484
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 9 #39 -46
Teléfono / Móvil: 6013753569
Correo: johncas2006@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	001	Honorarios por prestación de servicios médicos especializados Periodo Marzo de 2024	LH	108,00	$ 86.666,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 9.359.928,00

Notas Finales

A PARTIR DEL MES DE FEBRERO DE 2023 ME ENCUENTRO REGISTRADO EN REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION
Linea de negocio: EFECTUAR PAGO EN DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No 004870191899

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-03-12 23:10:13
Documento generado el: 2024-03-12 23:10:13
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			9.359.928,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			9.359.928,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			9.359.928,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	9.359.928,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764059294387 Rango desde: 1087 Rango hasta: 1500 Vigencia: 2024-05-03

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79053213
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHN RAFAEL CASTRO LARA
CIUDAD/MUNICIPIO:	COTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	PALO DE AGUA BURBUJA IGUAQUE CASA 37	TELÉFONO:	8759513
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7914450637**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	1		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	496856327

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 75.000	$ 75.000	$ 2.100	$ 200	$ 2.550.000	$ 2.300	$ 2.552.300
SUBTOTALES:										**$ 2.550.000**	**$ 2.300**	**$ 2.552.300**

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
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.875.000	$ 0	$ 1.700	$ 0	$ 1.875.000	$ 1.700	$ 0	$ 1.876.700
SUBTOTALES:													**$ 1.875.000**	**$ 1.700**	**$ 0**	**$ 1.876.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 365.400	$ 365.400	$ 400	$ 0	$ 365.800
SUBTOTALES:									**$ 365.400**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 365.800**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 79053213	CASTRO LARA JOHN RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 15.000.000				NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
					SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO		
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 15.000.000	$ 2.400.000	$ 75.000	$ 75.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 2.550.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 15.000.000	$ 1.875.000	$ 0	$ 1.875.000

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-25-COLMENA	30	$ 15.000.000	79053213	$ 365.400

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 4.794.800**