| 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: | Ingrid Carolina Rojas Chaverra | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1032429960 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ingrid1474@gmail.com | | | | CELULAR: | 3204368351 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS FONTIBÓN | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO03I06 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 11184983 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3681 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1134 | FECHA | 2024-04-25 17:06:55.000 | NÚMERO DE CRP | 27031 | FECHA | 2024-04-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-03-01 | | 2024-03-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $10,399,920 | | | | |
| 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: | $48,359,628 |
| VALOR EJECUTADO | $20,749,840 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $10,399,920 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $27,609,788 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9464265045 | $4,159,968 | $519,996 | $665,595 | 3 | $101,337 | $1,286,928 |

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

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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 su especialidad. | Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 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 | Llevo el 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 | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| Participar en la programación de actividades del área. | Participo en la programación de actividades del área. | CUANDO LO REQUIERA |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 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. | Notifico 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. | CUANDO SE REQUIERA |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | ORDENES MEDICAS |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento. | CUANDO SE REQUIERA |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | CUANDO SE REQUIERA |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Emito conceptos médicos que se le requieran. | CUANDO SE REQUIERA |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | FORMATO INSTITUCIONAL |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | CUANDO SE REQUIERA |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | CUANDO SE REQUIERA |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | CUANDO SE REQUIERA |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | CUANDO SE REQUIERA |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado | CUANDO SE REQUIERA |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila) |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | CUANDO LO REQUIERAN |

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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

**INGRID CAROLINA ROJAS CHAVERRA**
NIT 1.032.429.960-6
CL 12 A 19 66 AP 103 BRR LAS MANGAS
Tel: (601) 3204368351
Funza - Colombia
ingrid1474@gmail.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
**No. FE 17**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. | | |
| **NIT** | 900.959.048-4 | **Teléfono** | (601) 4546800 - (601) |
| **Dirección** | CLL 9 #39-46 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 12/03/2024, 15:50 |
| **Expedición** | 12/03/2024, 15:50 |
| **Vencimiento** | 11/04/2024 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Bruto |
|---|---|---|---|---|
| 1 | HONORARIOS POR SERV.ASISTENCIALES COMO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | 120.00 | 86,666.00 | 10,399,920.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 10,399,920.00 |
| **Total a Pagar** | **10,399,920.00** |

**Valor en Letras:** Diez millones trescientos noventa y nueve mil novecientos veinte pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**
Pago a crÃ©dito - Cuota No. 001 vence el 2024-04-11 por $ 10,399,920.00

**Observaciones:** POR FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTÁ # 011184983 A NOMBRE DE INGRID CAROLINA ROJAS CHAVERRA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764065442216 aprobado en 20240213 prefijo FE desde el número 16 al 500 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66 x 1000
**CUFE:** 064814f38e03a77cd3f8093ade0504d3841f4e39a8acbb92f3c7ef6d88a1dad55c5a867436b4528c011298673a60e1e6

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1032429960 | | ROJAS CHAVERRA INGRID CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 50 15-35 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 8262853 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-02 | 509746363 | 9464265045 | I | 2024/03/14 | 2024/03/12 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $1,287,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,159,968 | $665,600 | | | $4,159,968 | $520,000 | | | $0 | $0 | | | $4,159,968 | | $101,400 | | $0 | $0 | | $1,287,000 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,159,968 | $665,600 | | | $4,159,968 | $520,000 | | | $0 | $0 | | | $4,159,968 | | $101,400 | | $0 | $0 | | $1,287,000 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,159,968 | $665,600 | | | $4,159,968 | $520,000 | | | $0 | $0 | | | $4,159,968 | | $101,400 | | $0 | $0 | | $1,287,000 |
| 1 | CC | 1032429960 ROJAS INGRID | | | | | | | | | | | | | | | X | | | 23030 1 | 30 | $4,159,968 | $665,600 | MIN002 | 30 | $4,159,968 | $520,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $4,159,968 | 2.436% | $101,400 | 0 | $0 | $0 | No | $1,287,000 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $4,159,968 | $665,600 | | | $4,159,968 | $520,000 | | | $0 | $0 | | | $4,159,968 | | $101,400 | | $0 | $0 | | $1,287,000 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1032429960 | | ROJAS CHAVERRA INGRID CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 50 15-35 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 8262853 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-02 | 509746363 | 9464265045 | I | 2024/03/14 | 2024/03/12 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $1,287,000 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $665,600 | $0 | $0 | $665,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $665,600 | $0 | $0 | $665,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $101,400 | $0 | $0 | $101,400 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $101,400 | $0 | $0 | $101,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $520,000 | $0 | $0 | $520,000 |
| FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN | MIN002 | 901,037,916 | 1 | 1 | $520,000 | $0 | $0 | $520,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$1,287,000** | **$0** | **$0** | **$1,287,000** |