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 Camila Padilla Yepes						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1018497982	
CORREO ELECTRONICO:	paulayepes5@gmail.com				CELULAR:	3016920098	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG OBSERVACIÓN USS 17 TRINIDAD GALÁN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU41B02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488416170311				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4403			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1134	FECHA	2024-04-25 17:06:55.000	NÚMERO DE CRP	27679	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-04-01		2024-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,446,946				
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:	$39,075,642
VALOR EJECUTADO	$22,044,396
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,446,946
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$17,031,246
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	56%

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
76386361	$3,410,642	$426,330	$545,703	3	$83,083	$1,055,116

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JUANITA BARRERA GARCIA
52503010
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	Seguir los protocolos de manejo de la institución y las guías de practica clínica del ministerio de salud según sea la patología del paciente	Historia clinia
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Conocer y aplicar las normativas legales vigentes sobre historia clínica	Historia clinica
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	Mantener de manera actualizada los censos y tablas dinámica con el reporte de los pacientes y las actividades desarrolladas a los mismos	Historia clinica, censo de pacientes
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	Conocer y aplicar las normativas legales vigentes sobre historia clínica	Historia clinica
Participar en la programación de actividades del área.	Participar y colaborar de manera activa en las actividades desarrolladas en la unidad de trabajo	Lista de asistencia
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Diligenciamiento oportuno de las fichas de notificación según sea en caso presentado, en el momento mismo de la atención medica	Fichas de notificación
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.	Reportar las fallas que se presenten en el servicio tanto a líder inmediato como por los mecanismos propios de la sub red	Formato de evento adverso
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Organizar y determinar las funciones en cada uno de los miembros del equipo de salud, especificando las funciones de los mismos	Historia clinica
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Llenar de manera clara cada uno de los registros que impliquen la atención del paciente	Historia clínica, fichas de notificación
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Generar y diligenciar de manera adecuada el formato de consentimiento informado previo la realización del procedimiento	Consentimiento informado
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Mantener un adecuado seguimientos a los pacientes siempre y cuando la patología y circunstancias lo meriten	Historia clínica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informar de manera clara y resolviendo dudas sobre la condición actual del paciente, según lo permita el mismo a su familia, pronostico y plan de manejo	Historia clínica
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Realizar análisis de caso con respecto a historia clínicas según sea necesario por el líder a cargo	Resumen historia clínica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Cumplir los requisitos de manejo de pacientes e historia clínica según el marco de la normativa de calidad	Historia clínica
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Generar y diligenciar de manera adecuada el formato de consentimiento informado previo la realización del procedimiento	Consentimiento informado
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Realizar informe de manera mensual sobre las actividades realizadas durante jornada laboral	Informe de actividades
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuidar y mantener los equipos médicos y el material brindado por la institución	Equipos médicos de trabajo
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en las UAT, ULG, ULC y aplicar las recomendaciones dadas	Lista de asistencia
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Ejecutar oportunamente sus obligaciones contractuales en concordancia con los planes que formule la Entidad en especial el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión de la Gerencia	Historia clínica, cuadro de turnos
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Tener disponibilidad con respecto a cambios de actividades según los requerimientos institucionales	cuadro de turnos
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Tener registro completo de las actividades realizadas en desarrollo de las funciones propias de la estación del servicio	Historia clínica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	No aplica	No aplica

Copia Controlada Subred Suroccidente

Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Adjuntar a cuenta de cobro soporte de pajo de seguridad social	planilla de pago
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Tener registro completo de las actividades realizadas en desarrollo de las funciones propias de la prestación del servicio	Historia clinica

JUANITA BARRERA GARCIA
52503010
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	1018497982	PAULA CAMILA PADILLA YEPES	Carrera 111 A # 16i-55	3016920098	PAULAYEPES5@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-03	2024-03	I	17/04/2024	76386361	$1.075.800	

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	426.400	0		0		0	0	0	0	426.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	545.800	0	0	0	0	0	0		545.800	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	83.100				83.100	0	0	83.100			831	83.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.500	0	0	20.500	1

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	426.400	426.400
Pensión	1	545.800	545.800
Riesgos Laborales	1	83.100	83.100
CCF	1	20.500	20.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.075.800	1.075.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018497982	PAULA CAMILA PADILLA YEPES		Carrera 111 A # 16i-55	3016920098	PAULAYEPES5@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-03	2024-03	I	17/04/2024	76386361	$1.075.800	

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	1018497982	PADILLA YEPES PAULA CAMILA	59	0			N	X																230301	3.410.642	545.800	0	0	0	0	EPS008	3.410.642	426.400	14-11	3.410.642	3	83.100	CCF24	3.410.642	20.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAULA CAMILA PADILLA YEPES

C.C 1018497982

La suma de Seis millones cuatrocientos cuarenta y seis mil novecientos cuarenta y seis pesos ($6.446.946) M/CTE., por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.EM, CAPS TRINIDAD GALAN, durante el periodo de 01 de Abril al 30 de Abril del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4403-2024.

Paula Padilla

Paula Camila Padilla Yepes

C.C. 1018497982

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA 0550488416170311