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:	ELKIN ADRIAN NIÑO GALEANO							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79359698		
CORREO ELECTRONICO:	eaninog@gmail.com				CELULAR:	6267021		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT INMUNOHEMATOLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10A08	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7900190492					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3732			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1579	FECHA	2024-06-27 15:54:51.000	NÚMERO DE CRP	37879	FECHA	2024-06-30 16:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- HEMATOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-06-01		2024-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,633,280				
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:	$28,166,400
VALOR EJECUTADO	$28,166,400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,633,280
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
78032484	$2,253,312	$281,664	$360,530	3	$54,891	$697,085

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

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
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
RESPUESTA A LAS INTERCONCULTAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LAS USS DE LA SUBRED SUROCCIDENTE	VALORACION INDIVIDUALIZADA DE CADA PACIENTE SEGUN SOLICITUD DE INTERCONSULTA	REALIZACIÓN DE LOS AJSUTES DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA OPORTUNAS Y NECESARIAS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías de la especialidad en hematología en la SubRed SO	EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS HEMATOLOGICOS ESPECIALIZADOS	ANALISIS DE LA EVIDENCIA DE CADA PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO PARA OPTAR POR LA MAYOR SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD
Valoración y seguimiento de hematología de casos de Pacientes hospitalizados en la SubRed SO	REVALORACOON SERIADA ESPECIFICA DE CADA CASO	SEGUIMIENTO ESPECIFICO Y ACOMPAÑAMIENTO CLINICO-TERAPÉUTICO A LOS COLEGAS TRATANTES
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	VALORACIONES DIRECTAS, INTEROGATORIO Y RESOLUCIÓN DE INQUIETUDES DE USUARIOS Y FAMILIARES	INFORMAR OPORTUNAMENTE A PACENTE Y FAMILIARES DE LA CONDICION DESU SALUDD Y RIESGOS
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	SECIONES DE SEGURIDAD, CALIDAD, TERAPIA TRANSFUSIONAL, EDUCACION CONTINUA Y JUNTAS ASISTENCIALES	JUNTAS MEDICAS ESPECIALIZADAS REUNUONES INTERISNTITUCIONALES CON LA SDS

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
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

Bogotá, D.C., junio 20 de 2024.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA DE VENTA JUNIO DE 2024

La Subred integrada de servicios de salud suroccidente E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELKIN ADRIAN NIÑO GALEANO.

NIT: 79359698-1

LA SUMA DE: $ 5´633.280,00 (Cinco Millones seiscientos treinta y tres mil doscientos ochenta pesos mda/cte)

Contrato 3732 – 2024

Por concepto de servicios profesionales especializados en **HEMATOLOGÍA**, durante el periodo comprendido entre el **01 al 30 de JUNIO de 2024**, según contrato de prestación de servicios # 1065-2023. Se anexan:

1. INFORME DE ACTIVIDADES (PÁGINA WEB DE SURESOC) POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
2. PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION Y PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSIONES Y ARL) # **78032484**

Por favor consignar en:

1. Cuenta de ahorros Banco Davivienda # **0079-0019049-2**

Cordialmente,



ELKIN ADRIAN NIÑO GALEANO.
C.C. 79359.698 Bogotá

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79359698	ELKIN ADRIAN NIÑO GALEANO		Cr 55 149-20 Torre 1 Ap 903	5196011	ean_md1@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-05	2024-05	I	20/06/2024	78032484	$697.200

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	281.700	0		0		0	0	0	0	281.700	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	360.600	0	0	0	0	0	0		360.600	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	54.900				54.900	0	0	54.900			549	54.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	281.700	281.700
Pensión	1	360.600	360.600
Riesgos Laborales	1	54.900	54.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	697.200	697.200

PAGADA