**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 03/2024**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E**

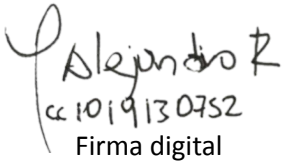
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ALEJANDRO ZULUAGA POVEDA**

**C.C 1.019.130.752 DE BOGOTA D.C**

La suma de **SEIS MILLONES CIENTO UNO MIL NOVECIENTOS DIECISÉIS PESOS M/CTE. ($ 6.101.916),** por concepto de prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Servicios Ambulatorios, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 1 al 31 de Julio de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5561-2024



Firma digital

**ALEJANDRO ZULUAGA POVEDA**

**C.C 1.019.130.752 DE BOGOTA D.C**

**CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA**

**NUMERO 20355797378**

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 | 1019130752 | ALEJANDRO ZULUAGA POVEDA | Carrera 71c #122 - 73 | 7060326 | alezulup@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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-06 | 2024-06 | I | 10/07/2024 | 78606291 | $755.200 | |

## 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 | 305.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 305.100 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 390.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 390.600 | 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 | 59.500 | | | | 59.500 | 0 | 0 | 59.500 | | | 595 | 59.500 | 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 | 305.100 | 305.100 |
| Pensión | 1 | 390.600 | 390.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 59.500 | 59.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 755.200 | 755.200 |

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 | 1019130752 | ALEJANDRO ZULUAGA POVEDA | | Carrera 71c #122 - 73 | 7060326 | alezulup@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 | |
| 2024-06 | 2024-06 | I | 10/07/2024 | 78606291 | $755.200 | |

## 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 | 1019130752 | ZULUAGA POVEDA ALEJANDRO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.440.766 | 390.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.440.766 | 305.100 | 14-11 | 2.440.766 | 3 | 59.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

| 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: | Alejandro Zuluaga Poveda | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1019130752 | |
| CORREO ELECTRONICO: | alezulup@gmail.com | | | | CELULAR: | 3112247264 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA GENERAL USS EL PORVENIR | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA34A10 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20355797378 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5561 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1742 | FECHA | 2024-07-22 14:00:55.000 | NÚMERO DE CRP | 48093 | FECHA | 2024-07-31 16:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2024-07-01 | HASTA | FECHA FINAL 2024-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $6,101,916 | | | | |
| 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: | $13,220,818 |
| VALOR EJECUTADO | $13,220,818 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $6,101,916 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 78606291 | $2,440,766 | $305,096 | $390,523 | 3 | $59,457 | $755,075 |

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

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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 |
|---|---|---|
| Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada. | Realizar diagnóstico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno | Historias clínicas en Dinámica Gerencial |
| Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo y vital de acuerdo con la normatividad vigente. | Durante la consulta identificar los riesgos de cada paciente para saber que canalizaciones se deben realizar para la prevención de la enfermedad según su ciclo vital | Historias clínicas en Dinámica Gerencial |
| Realizar las actividades propias del servicio de consulta médica asistencial. | Realizar las actividades establecidas | Agenda - Historias clínicas en Dinámica Gerencial |
| Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente. | Elaboración de la historia clínica completa de acuerdo a lineamientos establecidos | Historias clínicas en Dinámica Gerencial |
| Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas. | Realizar las actividades establecidas | 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.E., de acuerdo al requerimiento institucional, como cumplimiento del indicador de rendimiento y de productividad, verificación de historias clínicas, notificación de eventos de salud pública |
| Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades. | Realizar las acciones de mejora pertinentes para mejorar los procesos institucionales en la unidad | Evidencia en el registro de historias clínicas, adherencia a guías y procesos institucionales |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área o servicio asignado. | Realización de actividades establecidas | Agenda - Historia Clinica<br>Al corte 18 de Julio 2024 se han realizado 214 consultas<br>Meta propuestas realizar 558 consultas aproximadas en el mes. |
| Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud. | Participación en las diferentes actividades programadas | Firma de participación en las reuniones propuestas |
| Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado | Ayudar durante la consulta a la identificación de la Morbilidad y las diferentes enfermedades que se presentan en la USS Porvenir | Historias clínicas en Dinámica Gerencial |
| Participar junto con el equipo de salud, en la evaluación de la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad. | Participación en las diferentes actividades programadas | Firma de participación en las reuniones propuestas |
| Realizar la referencia y la contra referencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente | Diligenciamiento completo y adecuado de los diferentes formatos requeridos dentro del proceso<br>Informar al lider de la unidad | Historia Clinica<br>Actas<br>Consentimiento Informado<br>Fichas de Notificacion |
| Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población. | Apoyo en las diferentes estrategias establecidas para ayudar a la identificación de los factores de riesgo que hagan parte de la vigilancia epidemiologica | Fichas de notificación correspondientes |
| Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. | Durante la consulta identificar las necesidades de los pacientes para ayudar a la resolución de los problemas de salud | Historias Clínicas en el sistema Dinamica |
| Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio | Participación en las diferentes actividades programadas | Firma de participación en las reuniones propuesta |
| Hacer uso permanente de la bata blanca en consulta. | Usar adecuadamente la bata y el carnet según el lineamiento institucional | Mantener la presentación personal segun lo propuesto por los lineamientos |
| Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio. | Aplicar durante el proceso de atención todos los lineamientos establecidos y guias de adherencia institucionales | Consentimiento Informado<br>Adherencia a las guías de Practica Clínica |
| Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio. | Informar acerca de las anomalías presentadas en la prestación del servicio | Reporte de sucesos de seguridad |
| Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas. | Entrega de Informes mensuales o periódicos que demuestren la veracidad de las actividades realizadas | Registros en el sistema Dinámica de las consultas ejecutadas en la unidad asignada USS Porvenir |
| Participar en la Actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades cuando se requiera. | Participación en las diferentes actividades programadas | Firma de participación en las reuniones propuestas |
| Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar relacionado con las actividades o proyectos que ejecute | Participación en las diferentes actividades programadas | Firma de participación en las reuniones propuestas |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Realizar proceso de limpieza y desinfección rutinaria entre paciente y paciente en los equipos biomédicos que tienen contacto con el mismo. | Realizar la limpieza y desinfección de los equipos biomedicos | Documentos de limpieza que evidencian el proceso de desinfeccion |

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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