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:	Maria del Pilar Salom Hernandez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	32639381	
CORREO ELECTRONICO:	norandjor@gmail.com				CELULAR:	6703423	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D RADIOLÓGICA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08L02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	5900071761				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4443			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	2024-08-30 15:03:55.000	NÚMERO DE CRP	56334	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-08-01		2024-08-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$19,489,680						
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:	$138,376,728
VALOR EJECUTADO	$136,427,760
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$19,489,680
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,948,968
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
79420393	$8,055,734	$1,006,967	$1,288,918	3	$196,238	$2,492,122

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizar en los diferentes servicios de consulta externa, urgencias y Hospitalizados de la Subred todos los estudios ecográficos convencionales solicitados y agendados	Registrar en la Plataforma Dinamica los informes de los estudios de ecografías efectuadas, cubrir en extención el servicio según programacion mensual, durante el mes de AGOSTO de 2024.
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Mantener la confidencialidad de lo consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes de las ecografías realizadas.	Mantener la confidencialidad de lo consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes de las ecografías realizadas.
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos y actividades 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	Llevar Diáriamente el registro de las ecografías realizadas, en los RIPS.	Resultados generados de las ecografias estudios realizadas (RIPS) del mes de AGOSTO de 2024. Horas de ecografIas 167. Horas de transcripción 13.
4) Realizar la supervisión del técnico profesional o tecnologo de imágenes diagnósticas a sus actividades de operación de equipo de radiaciones ionizantes y adquisicion de imágenes	NA	NA
5) Participar en la programación de actividades del área.	Participacion de reuniones, capacitaciones fisica y virtuales a las que sea solicitado	Participacion de reuniones, capacitaciones fisica y virtuales a las que sea solicitado. Asegurate del mes de JULIO : PROTOCOLO DE PERDIDA Y FUGA DE PACIENTE
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reportar en el aplicativo de Almera de Seguridad del Paciente de los eventos de notificacion obligatoria.	Reportar en el aplicativo de Almera de Seguridad del Paciente de los eventos de notificacion obligatoria.
7) 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.	Notificacion de la verificación de equipos biomédicos solicitar revison y/o cambios de equipos y accesorios, mantenimientos, notificando las fallas de calidad que se presenten en el servicio.	Reporte oportuno en el aplicativo (Mesa de ayuda) mes de AGOSTO de 2024.
8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Dar instrucciones a su equipo de trabajo (transcriptora), antes, durante y después de la realización de los estudios ecograficos.	Informe en la HC de cada paciente atendido durante el mes de AGOSTO de 2024.
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. “Una Contraloría Aliada con Bogotá” 33 www.contraloriabogota.gov.co Código Postal 111321 Cra. 32 A No. 26 A 10 PBX 3358888	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad, con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento.	Informe en la HC de cada paciente atendido durante el mes de AGOSTO de 2024..
10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	NA	NA
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	NA	NA
12) Informar al paciente y a su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informar al paciente y a su acompañante los hallazgos encontrados en el procedimiento.	Redireccionar al servicio de Urgencias o atención prioritaria cuando sea necesario.
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Dar concepto diagnóstico después de cada exploracxión ecográfica.	Anotar en la HC la opinión de cada ecografía realizada en el mes de AGOSTO 2024.
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Cumplimiento de normas de seguridad al paciente durante el procedimiento ecigráfico.	Reportar incidentes o eventos adversos que se presenten en el mes de AGOSTO de 2024.
15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades.	Informe mensual de AGOSTO 2024.
16) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Lista de entrega de elementos	Firma de recibido en el mes de AGOSTO de 2024.
17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocada. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Firma de asistencia a la reuniones a las cuales sea convocado	Firma de asistencia del mes de AGOSTO de 2024..
18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografía.	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografía.
19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografias.	Adherencia a los protocolos institucionales durante el mes de AGOSTO de 2024..

Copia Certificada Subred Suroccidente

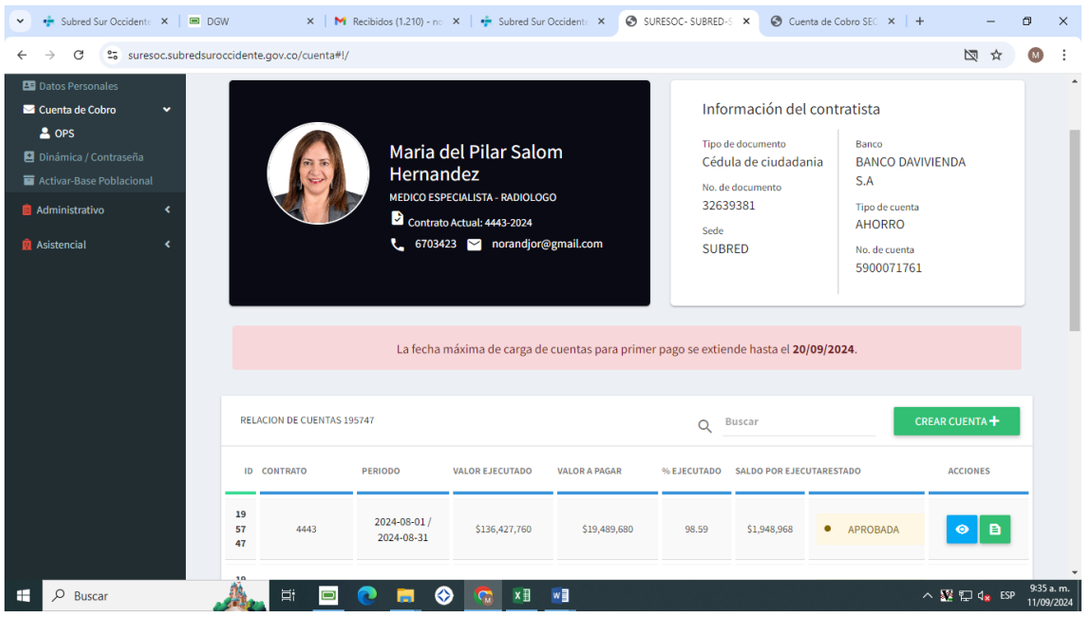
20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registrar las actividades de estudios ecográficos quedando en la Historia Clínica el informe ecográfico respectivo de los pacientes; de los cuales quedan las evidencias y registros de acuerdo al tipo de paciente atendido (Ambulatorio: De cuerdo a solicitud de cita para realización de los estudios; Urgencias y Hospitalización:)y llevar el registro de pacientes atendidos(RIPS).	Registrar en la Plataforma Dinamica los informes de los estudios de ecografías efectuados, cubrir en extención el servicio según programacion mensual, durante el mes de AGOSTO de 2024..
21) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participar cuando sea requerido	Firma de asistencia del mes de AGOSTO de 2024..
22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	NA	NA
23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Comprobante de pago de la Seguridad Social	Entrega de Comprobante de la seguridad Social del mes de JULIO de 2024.
24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato”	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografías.	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografías.

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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


Subred Sur Occidente
DGW
Recibidos (1.210) - no
Subred Sur Occidente
SURESOC- SUBRED-S
Cuenta de Cobro SE
suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
Datos Personales
Cuenta de Cobro
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
Maria del Pilar Salom Hernandez
MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGO
Contrato Actual: 4443-2024
6703423
norandjor@gmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
32639381
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
5900071761
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 20/09/2024.
RELACION DE CUENTAS 195747
Buscar
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
19 57 47
4443
2024-08-01 / 2024-08-31
$136,427,760
$19,489,680
98.59
$1,948,968
APROBADA
Buscar
ESP
9:35 a. m.
11/09/2024

Espacio para
Logo Corporativo

Maria del Pilar Salom Hernandez
NIT 32.639.381-
avda calle 170 #76-70 casa 5
Tel: (031) 3102212039
Bogotá - Colombia
norandjor@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 815

Señores	subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e.		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(601) 5715551347
Dirección	cl 9 39 46	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	12/08/2024, 11:35
Expedición	12/08/2024, 11:35
Vencimiento	12/08/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Honorario Consulta	180.00	19,489,680.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Diecinueve millones cuatrocientos ochenta y nueve mil seiscientos ochenta pesos m/cte

Total Bruto	19,489,680.00
Total a Pagar	19,489,680.00

Condiciones de Pago:
Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-08-12 por $ 19,489,680.00

Observaciones:
HONORARIOS AGOSTO CTO 4443-2024

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 Electrónica 18764075294782 aprobado en 20240717 prefijo FE desde el número 814 al 900 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 290dc292faed67ee05b005a3c0da0b6ae256a7a781d0812c8a277b40a35c64583d73e8fc3ad6cb6a83eada06de61d9d0

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

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	32639381	MARIA DEL PILAR SALOM HERNANDEZ	AVDA CALLE 170 # 76-70casa5	6019308488	NORANDJOR@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	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79420393	$2.489.900	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	974.500	0		0		0	0	0	0	974.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	1.247.400	0	0	39.000	39.000	0	0		1.325.400	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	190.000				190.000	0	0	190.000			1.900	190.000	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	974.500	974.500
Pensión	1	1.325.400	1.325.400
Riesgos Laborales	1	190.000	190.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.489.900	2.489.900

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
CC	32639381	MARIA DEL PILAR SALOM HERNANDEZ		AVDA CALLE 170 # 76-70casa5	6019308488	NORANDJOR@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79420393	$2.489.900	

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	32639381	SALOM HERNANDEZ MARIA DEL PILAR	59	0			N																	231001	7.795.872	1.247.400	0	0	39.000	39.000	EPS037	7.795.872	974.500	14-11	7.795.872	3	190.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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