| 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: | EDWARD ANDRES INFANTE ORDUY | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1018429103 | |
| CORREO ELECTRONICO: | eainfanteo@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3206270408 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA GENERAL PY D USS EL PORVENIR | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA34A37 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 458435591 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3076 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2242 | FECHA | 2024-10-31 16:34:27.000 | NÚMERO DE CRP | 65988 | FECHA | 2024-10-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-10-01 | | 2024-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $4,592,840 | | | | |
| 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: | $40,613,828 |
| VALOR EJECUTADO | $38,678,274 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $4,592,840 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,935,554 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 95% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7941224541 | $1,837,136 | $229,642 | $293,942 | 3 | $44,753 | $568,336 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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 | Historia Clínica |
| 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 | Historia Clínica registro en Dinámica |
| Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas. | Realización de 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 que se deben desarrollar , para mejorar los procesos institucionales en la unidad | Evidencia en el registro de historias clinicas, adherencia a los procesos institucionales . |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado. | Realización de actividades establecidas | Agenda - historia Clínica / Metas propuestas realizar 420 consultas en el mes. // Demanda inducida de vacuna efectiva de Rihanna Zambrano Zerpa 4945208 // Citología efectiva Carmen Chaparro CC 51704258 // PYD Ado y A.Visual efectivas Karen Rojas 1141335504 // Demanda inducida de 10 Baciloscopias. |
| Realizar la referencia y la contrareferencia 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 | Historia clínica, actas, consentimiento informado, reportes de notificación |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Apoyo en las diferentes estrategias establecidas, Diligenciamiento y entrega oportuna de las fichas de notificación | Fichas de Notificación (1 ficha SIVISTRA). |
| Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio | Aplicar durante el proceso de atención todos los lineamientos establecidos y guías de adherencia institucionales | Consentimiento Informado , adherencia a las guias de practica clinica evidenciado en el registro de historia clinica . |
| Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu tambien puedes salvar vidas" | Informe acerca de anomalías presentadas en la prestación del servicio | Reporte de sucesos de seguridad ( he reportado 5 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 | El informe se encuentra registrado en el sistema dinamica de las consultas ejecutadas en la unidad asignada USS Porvenir |
| Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute | Participación en las diferentes actividades programadas | Firma de participacion en la reunion de nuestra subred se conecta, asistencia a los encuentros de aprendizaje continuo del mes que aplique, asistencia a la red materna mensual. |
| Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas. | Velar y responder por la información y soportes de las actividades realizadas | Entrega de historias clinicas fisicas al área de estadística , con el porceso adecuado. |
| Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados. | Informar al líder del estado de las agendas | Notificación oportuna al lider con novedades de la agenda, oferta que no este completa, inasitentes para reposición de inasistentes. |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Diligenciamiento completo y adecuado del consentimiento informardo acorde al procedimiento. | Consentimiento informardo acorde al procedimiento. |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clínica y realizar las notificaciones pertinentes de salud pública de acuerdo con la normatividad | Historia Clínica , apropiacion de la plataforma estrategica , enfoque con mision y vision de la subred suroccidente , implementación de valores y principios institucionales |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Actas de recibido y entrega de los elementos a disposición para realizar de manera eficiente mi desempeño de actividades. |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc | Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc | Informe del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensual requerido en la cuenta de cobro aplicativo SURESOC. |
| En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato. | Informar a mi supervisor del contrar de manera oportuna mi ausencia a la consulta. | Informe de incapacidades, excusas, permisos administrativos. |
| Uso adecuado de la bata y carnet según lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el contexto de seguridad del paciente. | Usar adecuademente la bata y el carnet según lineamiento institucional. | Presentación personal adecuada, uso de la bata en consultorio pertinencia a las estrategias y líneas de seguridad del paciente. |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realización de actividades establecidas | Disponibilidad para acceder a las estrategias del trabajo en equipo y asignadas por el lider o supervisor de contrato. |

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1018429103 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EDWARD ANDRES INFANTE ORDUY |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | KR 70A 3A 06 AP 202 | TELÉFONO: | 5262887 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, sin internació |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7941224541** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | septiembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | septiembre | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/09/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 900137563 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 294.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 294.000 | $ 0 | $ 294.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 294.000** | **$ 0** | **$ 294.000** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 229.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 229.700 | $ 0 | $ 0 | $ 229.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 229.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 229.700** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 44.800 | $ 44.800 | $ 0 | $ 0 | $ 44.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 44.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 44.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1018429103 | INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.837.136 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.837.136 | $ 294.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 294.000 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.837.136 | $ 229.700 | $ 0 | $ 229.700 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.837.136 | 101842910 | $ 44.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 568.500** |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**EDWARD ANDRÉS INFANTE ORDUY**

**C.C 1018429103 DE BOGOTÁ**

La suma de $ 4.592.840, por concepto de: honorarios mes de OCTUBRE de 2024 durante el periodo de 01 al 31 de OCTUBRE de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3076 - 2024

Edward A. Infante O.

**EDWARD ANDRÉS INFANTE ORDUY**

**C.C.1018429103 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTÁ**

**NUMERO 458435591**

Outlook

## PSE Transacción Aprobada - CUS 900137563 ✅

**Desde** serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
**Fecha** Dom 8/09/2024 3:47 PM
**Para** eainfanteo@hotmail.com <eainfanteo@hotmail.com>




# ¡Hola, EDWARD ANDRES INFANTE ORDUY!

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO DE BOGOTA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 900137563
Empresa: SOI ACH
Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
Valor de la Transacción: $ 568.500
Fecha de Transacción: 08/09/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

