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:	John Rafael Castro Lara						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	79053213	
CORREO ELECTRONICO:	johncas2006@gmail.com				CELULAR:	6018759513	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10J02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870191899				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3614			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2397	FECHA	2024-11-13 08:10:37.000	NÚMERO DE CRP	68326	FECHA	2024-11-13 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- EN CUIDADO INTENSIVO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-10-01		2024-10-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$16,639,872						
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:	$139,878,924
VALOR EJECUTADO	$132,598,980
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,639,872
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,279,944
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
7941234776	$6,031,954	$753,994	$965,113	3	$146,938	$1,866,045

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

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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
LLevar resgistro de la atencion de los procedimientos actividades e intervenciones, asi como mantener actualizado los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	LLevar resgistro de la atencion de los procedimientos actividades e intervenciones, asi como mantener actualizado los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Siempre
Participar en la programación de actividades del área	Participar en la programación de actividades del área	Siempre
Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Siempre
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Siempre
Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Siempre

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
bc0acdd37302a058a97d2abd2997918f6333dba0270d6c6843d1412d0074f8ecef3cef7915874f1ffc7d021d64765412

Número de Factura: 1121
Fecha de Emisión: 16/10/2024
Fecha de Vencimiento: 16/10/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido: 96
Fecha de orden de pedido: 16/10/2024

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CASTRO LARA JOHN RAFAEL
Nombre Comercial: CASTRO LARA JOHN RAFAEL
Nit del Emisor: 79053213
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Cundinamarca
Municipio / Ciudad: Cota
Dirección: VTE COTA-CHIA KM 1 5 CONJ PALO DE AGUA CA IGUAQUE 37
Teléfono / Móvil: 6018759513
Correo: johncas2006@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 9009590484
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 9 #39 -46
Teléfono / Móvil: 6018759513
Correo: johncas2006@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	001	Honorarios por prestación de servicios médicos especializados Periodo Octubre de 2024	LH	192,00	$ 86.666,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 16.639.872,00

Notas Finales

EFECTUAR PAGO EN DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No 004870191899
Linea de negocio: A PARTIR DEL MES DE FEBRERO DE 2023 ME ENCUENTRO REGISTRADO EN REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Datos Totales



Documento generado el:
16/10/2024 22:25:41
Documento validado por la DIAN:
16/10/2024 22:25:41
XML Generado por:
Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

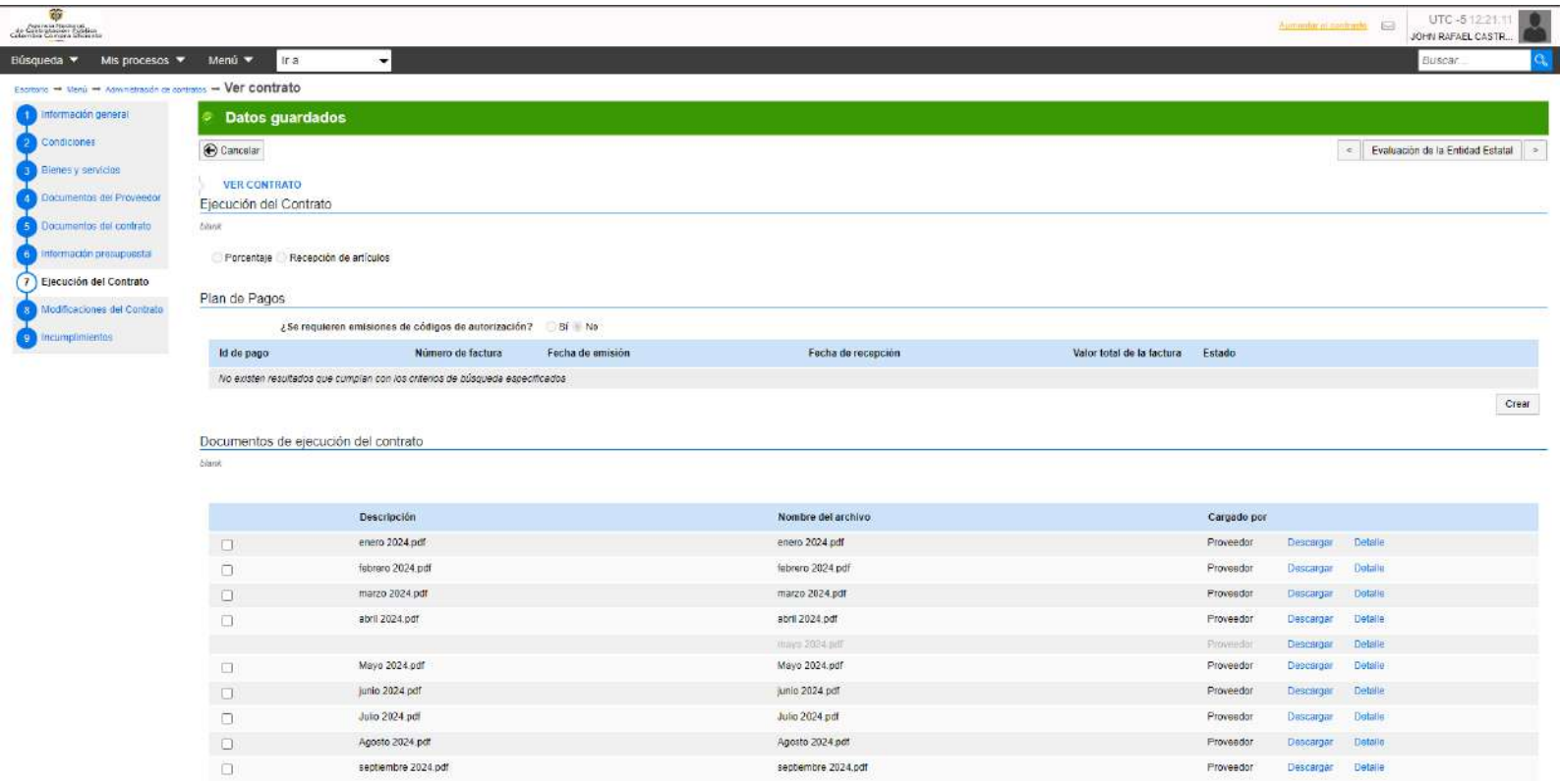
Subtotal			16.639.872,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			16.639.872,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			16.639.872,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	16.639.872,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764070278189 Rango desde: 1105 Rango hasta: 1500 Vigencia: 2024-11-06


Agregar a contrato
UTC -5 12.21.11
JOHN RAFAEL CASTR...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
blank
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
blank
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
enero 2024.pdf
enero 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
febrero 2024.pdf
febrero 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
marzo 2024.pdf
marzo 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
abril 2024.pdf
abril 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
mayo 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Mayo 2024.pdf
Mayo 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
junio 2024.pdf
junio 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Julio 2024.pdf
Julio 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Agosto 2024.pdf
Agosto 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
septiembre 2024.pdf
septiembre 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79053213
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHN RAFAEL CASTRO LARA
CIUDAD/MUNICIPIO:	COTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	PALO DE AGUA BURBUJA IGUAQUE CASA 37	TELÉFONO:	8759513
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:				**7941234776**	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):				2024/10/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		955668556

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 2.448.000	$ 0	$ 0	$ 76.500	$ 76.500	$ 0	$ 0	$ 2.601.000	$ 0	$ 2.601.000
SUBTOTALES:										**$ 2.601.000**	**$ 0**	**$ 2.601.000**

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
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.912.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.912.500	$ 0	$ 0	$ 1.912.500
SUBTOTALES:													**$ 1.912.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.912.500**

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
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 372.800	$ 372.800	$ 0	$ 0	$ 372.800
SUBTOTALES:									**$ 372.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 372.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP											CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 79053213	CASTRO LARA JOHN RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 15.000.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 15.300.000	$ 2.448.000	$ 76.500	$ 76.500	$ 0	$ 0	Normal	$ 2.601.000	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 15.300.000	$ 1.912.500	$ 0	$ 1.912.500	14-25-COLMENA	30	$ 15.300.000	79053213	$ 372.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 4.886.300**