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 elder diaz charry							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	12137660		
CORREO ELECTRONICO:	amidavi@hotmail.com				CELULAR:	3013325806		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	BO37B01	50	BO37B03	50				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590379454					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4237			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	2024-08-30 15:03:55.000	NÚMERO DE CRP	56182	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-09-01		2024-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,792,348				
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:	$61,350,240
VALOR EJECUTADO	$54,338,784
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,792,348
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,011,456
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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
9473415506	$2,716,939	$339,617	$434,710	3	$66,185	$840,512

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

VANESSA MORALES HOYONES
52078629
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
Atender las consultas que se presenten en el servicio de urgencias	Atender las consultas que se presenten en el servicio de urgencias	Atender las consultas que se presenten en el servicio de urgencias
Ordenar los exámenes, hacer diagnóstico y prescribir el tratamiento a seguir	Ordenar los exámenes, hacer diagnóstico y prescribir el tratamiento a seguir	Ordenar los exámenes, hacer diagnóstico y prescribir el tratamiento a seguir
Cumplir los protocolos de manejo de urgencias	Cumplir los protocolos de manejo de urgencias	Cumplir los protocolos de manejo de urgencias
Notificar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y eventos adversos	Notificar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y eventos adversos	Notificar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y eventos adversos
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos	Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos	Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos
Revisar la observación del paciente llene los requisitos establecidos	Revisar la observación del paciente llene los requisitos establecidos	Revisar la observación del paciente llene los requisitos establecidos
impartir instrucciones y coordinar al personal tecnico y auxiliar en los procedimientos a ejecutar	impartir instrucciones y coordinar al personal tecnico y auxiliar en los procedimientos a ejecutar	impartir instrucciones y coordinar al personal tecnico y auxiliar en los procedimientos a ejecutar

VANESSA MORALES HOYONES
52078629
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12137660		DIAZ CHARRY JHON ELDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 87 B 19 A 66 TORRE 8 APT 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	919931491	9473415506	I	2024/09/13	2024/09/17	BANCO DAVIVIENDA	4	$925,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$2,800,000	$56,000			$2,800,000	$68,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$2,800,000	$56,000			$2,800,000	$68,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$2,800,000	$56,000			$2,800,000	$68,300		$0	$0
1	CC	12137660 DIAZ JHON	25-14	30	$2,800,000	$448,000	EPS001	30	$2,800,000	$350,000	CCF24	30	$2,800,000	$56,000	14-11	30	$2,800,000	$68,300	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$2,800,000	$56,000			$2,800,000	$68,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12137660		DIAZ CHARRY JHON ELDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 87 B 19 A 66 TORRE 8 APT 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	919931491	9473415506	I	2024/09/13	2024/09/17	BANCO DAVIVIENDA	4	$925,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$448,000	$1,400	$0	$449,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$448,000	$1,400	$0	$449,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$68,300	$300	$0	$68,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$68,300	$300	$0	$68,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$56,000	$200	$0	$56,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$56,000	$200	$0	$56,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$350,000	$1,100	$0	$351,100
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$350,000	$1,100	$0	$351,100
TOTAL				1	$922,300	$3,000	$0	$925,300