

Carlos Alberto Rey Poloche

MEDICO GENERAL

Contrato Actual: 3044-2024

3223802028 crey03@uan.edu.co

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
1022418903

Sede
SUBRED

Banco
BANCOLOMBIA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
24400023600

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **22/11/2024**.

RELACION DE CUENTAS 205665

Buscar

CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
205665	3044	2024-10-01 / 2024-10-31	$51,806,952	$5,756,328	100	$0	APROBADA	
200975	3044	2024-09-01 / 2024-09-30	$46,050,624	$5,756,328	88.89	$5,756,328	APROBADA	
195373	3044	2024-08-01 / 2024-08-31	$40,294,296	$5,756,328	100	$0	APROBADA	
190965	3044	2024-07-01 / 2024-07-31	$34,537,968	$5,756,328	100	$0	APROBADA	
184800	3044	2024-06-01 / 2024-06-30	$28,781,640	$5,756,328	100	$0	APROBADA	

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:	Carlos Alberto Rey Poloche						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1022418903	
CORREO ELECTRONICO:	crey03@uan.edu.co				CELULAR:	3223802028	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL PY D USS 17 TRINIDAD GALÁN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU41A37	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24400023600				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3044			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2242	FECHA	2024-10-31 16:34:27.000	NÚMERO DE CRP	65974	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:			$5,756,328				
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:	$51,806,952
VALOR EJECUTADO	$51,806,952
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,756,328
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
9473783855	$2,302,531	$287,816	$368,405	3	$56,090	$712,311

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

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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 actividades acorde a los establecido.	Informe de actividades.
5. 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.
6. 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.
7. 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 (2 fichas SIVISTRA, 2 fichas SIVIM).
8. 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.
9. 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.	Informes.
"10. 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.	Informes.
11. 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.	Actas.
"12. 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 informaciòn y soportes de las actividades realizadas.	Archivo.
"13. Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados. "	Informar al líder del estado de las agendas	Informe.
14. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligenciamiento completo y adecuado del consentimiento informardo acorde al procedimiento.	Consentimiento informando acorde al procedimiento.
15. 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.
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.	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.
17. 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 mensua requerido en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc ".
18. 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.
19. Uso adecuado de la bata y carnet según lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el cotexto de seguridad del paciente.	Usar adecuademente la bata y el carnet según lineamiento institucional.	Informes/Actas De Compromiso.
20. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realización de actividades establecidas.	Actas de asistencia.

Copia Certificada
Subred Suroccidente

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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 1022418903		REY POLOCHE CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 4bis 44 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7620000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	969201444	9473783855	I	2024/10/02	2024/10/09	BANCOLOMBIA	7	$716,200

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)					$2,302,531	$368,500			$2,302,531	$287,900			$0	$0			$2,302,531	$56,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,302,531	$368,500			$2,302,531	$287,900			$0	$0			$2,302,531	$56,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,302,531	$368,500			$2,302,531	$287,900			$0	$0			$2,302,531	$56,100		$0	$0
1	CC	1022418903	REY CARLOS	230301	30	$2,302,531	$368,500	EPS005	30	$2,302,531	$287,900		0	$0	$0	14-11	30	$2,302,531	$56,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,302,531	$368,500			$2,302,531	$287,900			$0	$0			$2,302,531	$56,100		$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 1022418903		REY POLOCHE CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 4bis 44 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7620000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	969201444	9473783855	I	2024/10/02	2024/10/09	BANCOLOMBIA	7	$716,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$368,500	$1,900	$0	$370,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$368,500	$1,900	$0	$370,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$56,100	$300	$0	$56,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$56,100	$300	$0	$56,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$287,900	$1,500	$0	$289,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$287,900	$1,500	$0	$289,400
TOTAL				1	$712,500	$3,700	$0	$716,200

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	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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

REY POLOCHE CARLOS ALBERTO

C.C. 1.022.418.903 de BOGOTA

La suma de $ 5.756.328, Cinco millones setecientos cincuenta y seis mil trecientos veinte ocho pesos m/cte. por concepto de: honorarios durante el periodo de 01 al 31 de OCTUBRE 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3044_2024.



Nombre de contratista

REY POLOCHE CARLOS ALBERTO

C.C. 1.022.418.903 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NÚMERO 244-000-236-00