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:	Nubia Cecilia Tellez Caceres								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1032455193			
CORREO ELECTRONICO:	ntellez0215@gmail.com				CELULAR:	6014649132			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10I06	70	KE10B04	30					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	67388316907						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3509			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	72948	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-11-01		2024-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,499,080				
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:	$72,534,376
VALOR EJECUTADO	$71,838,045
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,499,080
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$696,331
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
1068130258	$2,785,320	$348,165	$445,651	3	$67,850	$861,667

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

Jaime Alberto goenaga
72161935
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 cuidado del paciente.	1) Realicé las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	2) Cumplí con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, 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	3) Llevé registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, 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	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	4) Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	no aplica
5) Participar en la programación de actividades del área.	5) Participé en la programación de actividades del área.	registro de asistencia a las actividades programadas (si las hay)
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	6) Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	formatos diligenciados según los casos, registrados en historia clinica de cada paciente
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.	7) Notifiqué las fallas de calidad que se presentaron en el servicio, participé en los análisis a los que fui convocado e implementé las acciones de mejora definidas para el servicio.	no aplica
8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	8) Impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	9) Diligencié en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	10) Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11) Practiqué el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	12) Informé al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	13) Emití los conceptos médicos que fueron requeridos.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	14) Apoyé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	no aplica
15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	15) Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	16) Elaboré informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregué al supervisor del contrato para que certificara el cumplimiento.	cuenta de cobro mensual
17) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las CONDICIONES CONTRACTUALES actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	17) Respondí por los elementos entregados para el desempeño de mis CONDICIONES CONTRACTUALES actividades asignadas	no aplica
18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	18) Participé en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Listas de asistencia
19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	19) Conocí y dí cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	no aplica
20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	20) Apoyé a la Subred en las actividades demandadas según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	no aplica

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	21) Registré las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos	planilla de pago de seguridad social del mes correspondiente al cobro de mis actividades

Jaime Alberto goenaga
72161935
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NUBIA CECILIA TELLEZ CACERES

C.C No. 1.032.455.193 DE BOGOTA

La suma de: ($6.499.080) Seis millones cuatrocientos noventa y nueve mil ochenta pesos m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios como Médico Hospitalario I en Medicina Interna de la unidad Kennedy, por 168 horas a razón de $38.685 hora, durante el periodo de 1 al 30 de noviembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3509-2024.

Nubia Téllez

NUBIA CECILIA TELLEZ CACERES

C.C No. 1.032.455.193 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 67388316907

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-16, 08:22:14 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068130258

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024

PAGADO 16/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NUBIA CECILIA TELLEZ CACERES		
Documento	CC1032455193	**Dirección**	CR 118 #83 A - 45
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4649132
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1032455193	NUBIA CECILIA TELLEZ CACERES	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.785.320	$ 445.700	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 2.785.320	$ 348.200	2,436	$ 2.785.320	$ 67.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 861.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.785.320	$ 2.785.320	$ 2.785.320	$ 0	$ 445.700	$ 348.200	$ 67.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 861.800	$ 0	$ 861.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1032455193	TELLEZ	CACERES	NUBIA	CECILIA	2018-02	EPS COMPENSAR	BENEFICIARIO
CC	1032455193	TELLEZ	CACERES	NUBIA	CECILIA	2024-09	EPS COMPENSAR	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS COMPENSAR	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 127 Registros en 13 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar