Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JULY ANDREA CASTA¥O MURCIA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016007108	
CORREO ELECTRONICO:	andreacmurcia@gmail.com				CELULAR:	3209839714	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG CONSULTA URGENCIAS USS FONTIBÓN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03B01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590444050				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4218			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	73520	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:			$6,354,132				
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:	$80,850,852
VALOR EJECUTADO	$80,412,636
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,354,132
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$438,216
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
7945323323	$3,403,478	$425,435	$544,556	3	$82,909	$1,052,900

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

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	1) Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	2) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
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) Llevo 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	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	4) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE
Participar en la programación de actividades del área.	5) Participo en la programación de actividades del área.	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	6) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
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) Notifico 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.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	8) Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	ORDENES MEDICAS
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	9) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	10) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11) Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	CUANDO SE REQUIERA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	12) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	13) Emito conceptos médicos que se le requieran.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	14) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	15) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - ORDENES MEDICAS
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	16) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	17) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	18) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	19) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	20) Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	21) Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SISTEMA DE INFORMACION
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	22) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	23) Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (PILA)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	24) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO SE REQUIERA

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1016007108
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULY ANDREA CASTANO MURCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 99 N 16 J BIS 31	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7945323323**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1046459994

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 547.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 547.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 427.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 427.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 83.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 83.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.053.500**
VALOR MORA:	**$ 5.400**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.058.900**

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

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	02. CTO 4218 - 2024 CUENTA FEBRERO 2024.pdf	02. CTO 4218 - 2024 CUENTA FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	03. CTO 4218 - 2024 CUENTA MARZO 2024.pdf	03. CTO 4218 - 2024 CUENTA MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	04. CTO 4218 - 2024 CUENTA ABRIL 2024.pdf	04. CTO 4218 - 2024 CUENTA ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	05. CTO 4218 - 2024 CUENTA MAYO 2024.pdf	05. CTO 4218 - 2024 CUENTA MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	06. CTO 4218 - 2024 CUENTA JUNIO 2024 ADICIONALES.pdf	06. CTO 4218 - 2024 CUENTA JUNIO 2024 ADICIONALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	06. CTO 4218 - 2024 CUENTA JUNIO 2024.pdf	06. CTO 4218 - 2024 CUENTA JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	07. CTO 4218 - 2024 CUENTA JULIO 2024.pdf	07. CTO 4218 - 2024 CUENTA JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	07. CTO 4218 - 2024 CUENTA JULIO 2024 - ADICIONALES.pdf	07. CTO 4218 - 2024 CUENTA JULIO 2024 - ADICIONALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	08. CTO 4218 - 2024 CUENTA AGOSTO 2024.pdf	08. CTO 4218 - 2024 CUENTA AGOSTO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	09. CTO 4218 - 2024 CUENTA SEPTIEMBRE 2024.pdf	09. CTO 4218 - 2024 CUENTA SEPTIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. CTO 4218 - 2024 CUENTA OCTUBRE 2024.pdf	10. CTO 4218 - 2024 CUENTA OCTUBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JULY ANDREA CASTAÑO MURCIA

C.C 1.016.007.108 DE BOGOTA

La suma de **($6.354.132.oo)** pesos m/cte, por concepto de: ***Prestar servicios Profesiones especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina como MEDICO 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***, durante el periodo de **01 al 30 de Noviembre de 2024**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. **4218 - 2024**.



JULY ANDREA CASTAÑO MURCIA

C.C 1.016.007.108 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 7590444050