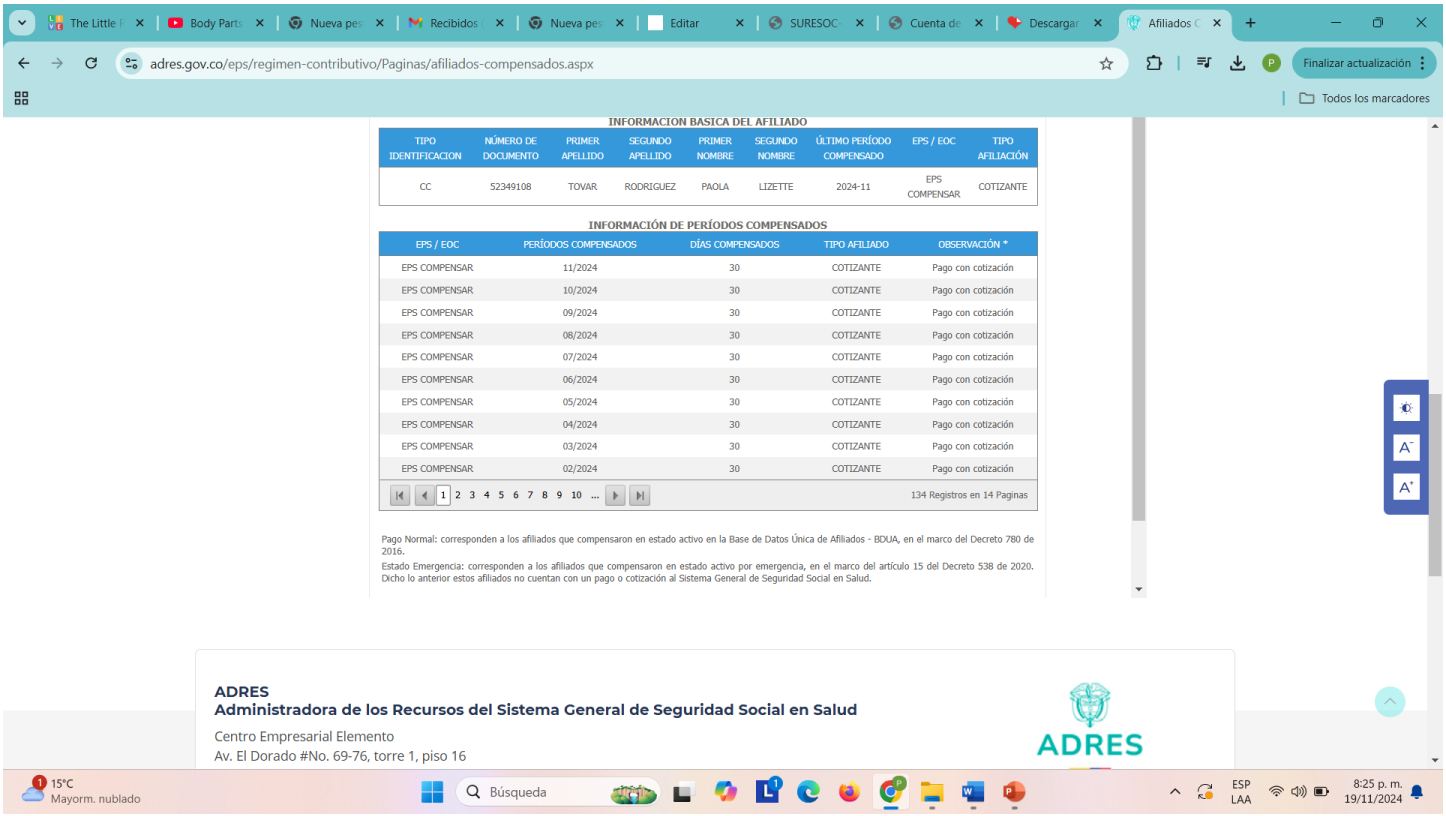


adres.gov.co/eps/regimen-contributivo/Paginas/afiliados-compensados.aspx

INFORMACION BASICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	52349108	TOVAR	RODRIGUEZ	PAOLA	LIZETTE	2024-11	EPS COMPENSAR	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS COMPENSAR	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 134 Registros en 14 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.

ADRES
Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Centro Empresarial Elemento
Av. El Dorado #No. 69-76, torre 1, piso 16

ADRES

15°C Mayorm. nublado

Búsqueda

ESP LAA

8:25 p. m. 19/11/2024

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=vld0ZT2Nmzc01qKALdl2Gw==

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52349108
NOMBRES	PAOLA LIZETTE
APELLIDOS	TOVAR RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/12/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 11/19/2024 20:22:05 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

15°C Mayorm. nublado
Búsqueda
ESP LAA
8:22 p. m. 19/11/2024

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:	PAOLA TOVAR						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52349108	
CORREO ELECTRONICO:	paotovar@gmail.com				CELULAR:	4295523 - 4162272 - 311 5782683	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD) USS MENTAL FLORALIA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE12J10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455070004789				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3596			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	73019	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PSIQUIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-11-01		2024-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$16,119,876				
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:	$151,526,834
VALOR EJECUTADO	$145,078,883
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$16,119,876
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6,447,951
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
7937512273	$6,447,950	$805,994	$1,031,672	3	$157,072	$1,994,738

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

DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
51837600
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
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE PSIQUIATRÍA 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.	ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN HOSPITAL DIA QUE REQUIERAN EL MANEJO POR EL AREA DE PSIQUIATRÍA	HISTORIA CLÍNICA, EVOLUCIONES, CONSTANCIAS, INFORMES, REUNION EQUIPO
REALIZAR LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE SU ESPECIALIDAD	ATENCIÓN, EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, SOLICITUD DE PARACLÍNICOS SI ES NECESARIO, FORMULACIÓN DE MEDICAMENTO, PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR	HISTORIA CLÍNICA, EVOLUCIONES, CONSTANCIAS, INFORMES, REUNION EQUIPO
CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES	MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA, ATENCIÓN ÉTICA E INTEGRAL, ATENDER EN FORMA ADECUADA REQUERIMIENTOS LEGALES	HISTORIA CLÍNICA, RIPS
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	ELABORACIÓN DIARIA DE HISTORIA CLÍNICA, ELABORACIÓN DE RIPS	HISTORIA CLÍNICA, RIPS
PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA,REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, 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	ASISTENCIA A REUNIONES PROGRAMADAS, ELABORACIÓN DE FICHAS EPIDEMIOLÓGICAS, EN EL HORARIO INDICADO, SIEMPRE Y CUANDO LOS PACIENTES NO REQUIERAN ATENCIÓN	HISTORIA CLÍNICA, RIPS HISTORIA CLÍNICA, FICHAS EPIDEMIOLÓGICAS
IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE	ORIENTACIÓN CON RESPETO Y CLARIDAD SOBRE PROCEDIMIENTOS E INDICACIONES DEL PACIENTE	HISTORIA CLÍNICA, REVISTAS CLINICAS, ENTREGA DE TURNO
DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD,DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE AL PROCEDIMIENTO	MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA, ATENCIÓN ÉTICA E INTEGRAL, ATENDER EN FORMA ADECUADA REQUERIMIENTOS LEGALES	ATENCIÓN DE PACIENTES, HISTORIA CLÍNICA, INFORMES, ASISTENCIA AUDIENCIAS
PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN,INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN DE MANEJO Y ATENCIÓN	DILIGENCIAR DE MANERA ADECUADA Y COMPLETA LA HISTORIA CLÍNICA. DILIGENCIAR CONSENTIMIENTO INFORMADO	HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN,APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED,ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE, INFORMAR DE MANERA CLARA Y EMPÁTICA SU CONDICIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA	HISTORIA CLÍNICA, INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR PRESENCIAL Y/O VÍA TELEFÓNICA
RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO,	USO CORRECTO DE MATERIAL DADO POR LA SUBRED	CUIDADO DE MATERIAL
PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO	ASISTENCIA A REUNIONES Y CAPACITACIONES REQUERIDAS	HOJA DE ASISTENCIA
PARTICIPACIÓN EN LAS INVESTIGACIONES QUE SE ADELANTEN EN LA SUBRED QUE PERMITAN CONOCER Y PLANTEAR NUEVAS ALTERNATIVAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DE LOS USUARIOS, REALIZAR SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS PARA LOS QUE SEA DESIGNADO	PARTICIPACIÓN DE INVESTIGACIONES EN CURSO Y PROPIAS, EN CASO NECESARIO SUPERVISAR CONTRATOS	PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN REVISTA CLINICA, SEMINARIOS, APOYO EN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE,REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO	PAGO DE SISTEMA DE SALUD EN FORMA MENSUAL Y ENTREGA DEL MISMO	COMPROBANTE DE PAGO
GENERALES: ADEMÁS DE LAS ANTERIORES Y SIN PERJUICIO DE SU AUTONOMÍA, EL CONTRATISTA TENDRÁ LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES: 1. GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS (IDONEIDAD HUMANA, MORAL Y TÉCNICA) Y DESARROLLAR LAS OBLIGACIONES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL.	ATENCIÓN INTEGRAL, HUMANA, ÉTICA Y CON EXCELENCIA A LOS PACIENTES	EVOLUCIÓN DIARIA, INTERVENCIÓN INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR, HISTORIA CLÍNICA
. CUMPLIR CON LAS LEYES, DECRETOS, ACUERDOS, RESOLUCIONES, CIRCULAR DE CUALQUIER ÓRGANO EXTERNO O REGLAMENTO INTERNO, CÓDIGO O DIRECTRIZ INTERNA DE LA E.S.E QUE TENGA RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO.	ACTUAR DE ACUERDO A LA LEYES NACIONALES E INTERNAS	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES

Copia Certificada Subred Sur Occidente

CONOCER Y APLICAR LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES	ACTUAR DE ACUERDO A POLÍTICAS INSTITUCIONALES	APLICAR DOCUMENTOS INSTITUCIONALES
. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN, HABILITACIÓN Y SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN QUE ADELANTE LA SUBRED, Y APOYAR ESTOS PROCESOS CON LA INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN QUE SEA REQUERIDA, SEGÚN EL ÁREA A QUE CORRESPONDA.	PARTICIPAR ACTIVAMENTE DE TODOS LOS PROCESOS NECESARIOS PARA LA HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA IPS	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
. RESPONDER POR LAS GLOSAS GENERADAS EN EL DESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO, SI A ELLO HUBIERE LUGAR. EN LOS CASOS EN LOS QUE APLIQUE EL CONTRATISTA AUTORIZA CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO EL DESCUENTO DE LOS VALORES QUE SE GENEREN POR GLOSAS DEFINITIVAS NO SUBSANABLES APLICADAS EN CONTRA DE LA E.S.E. Y CON OCASIÓN DEL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES.	EN CASO DE COMPROBACIÓN DE ERROR EN EL SERVICIO POR PARTE DEL PROFESIONAL PAGO DE GLOSAS	PAGO DE LA MISMA
OBRAR CON LEALTAD Y BUENA FE EN EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, DE ACUERDO AL CÓDIGO DEL BUEN GOBIERNO Y ÉTICA INSTITUCIONAL Y/O PROFESIONAL..	ACTUAR DE ACUERDO A LA LEYES NACIONALES E INTERNAS	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
PAGAR SUS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SOBRE LOS MONTOS LEGALES ESTABLECIDOS Y DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA TAL FIN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.	PAGO MENSUAL DE SEGURIDAD SOCIAL	COMPROBANTE DE PAGO
CUMPLIR CON LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE MANEJO, MANUALES, INSTRUCTIVOS, PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES.	ADECUADO USO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
VELAR Y RESPONDER POR LOS RECURSOS Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, DOCUMENTOS O BIENES MUEBLES ENTREGADOS A TÍTULO DE PRÉSTAMO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO. EN CASO DE INCURRIR EL CONTRATISTA, EN EXTRAVÍO, PÉRDIDA, DESTRUCCIÓN O DAÑO NO PROVENIENTE DEL USO NORMAL, DE BIENES ENTREGADOS PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES, EL CONTRATANTE QUEDA AUTORIZADO PARA DEDUCIR DE LOS SALDOS PENDIENTES A FAVOR DEL CONTRATISTA LAS SUMAS CORRESPONDIENTES COMO PAGO O REPOSICIÓN DE LOS MISMOS.	ACTUAR DE ACUERDO A POLÍTICAS INSTITUCIONALES	APLICAR DOCUMENTOS INSTITUCIONALES
EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.	PARTICIPAR ACTIVAMENTE DE TODOS LOS PROCESOS NECESARIOS PARA LA HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA IPS	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
PREPARAR Y PRESENTAR CONFORME A SU COMPETENCIA LOS INFORMES, SOLICITUDES, PETICIONES Y/O RESPUESTAS, REQUERIDAS POR LAS ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS; DENTRO DE LOS TÉRMINOS DE LEY, GARANTIZANDO LA VERACIDAD, OPORTUNIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS MISMOS.	REALIZAR BASADOS EN LA HISTORIA CLINICA Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICTADOS POR ENTIDADES COMPETENTES , EL PACIENTE Y SU FAMILIA	DOCUMENTOS SEGÚN LO REQUERIDO
ASISTIR Y APROBAR LOS PROCESOS DE ACTUALIZACIÓN PRESENCIALES Y VIRTUALES, INDUCCIÓN Y/O RE-INDUCCIÓN, PROGRAMADOS POR EL CONTRATANTE Y POR LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR ÉSTE, CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES.	PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS QUE REQUIERA LA SUBRED PARA LOS PROCESOS ESTATALES	HOJA DE ASISTENCIA, CERTIFICADOS
. REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL NEGOCIO JURÍDICO E INFORMAR DE MANERA OPORTUNA LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN LA EJECUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS.	ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN HOSPITAL DIA QUE REQUIERAN EL MANEJO POR EL AREA DE PSIQUIATRÍA	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
. EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A SALVAGUARDAR LA IMAGEN INSTITUCIONAL. CUALQUIER ACTUACIÓN O PRONUNCIAMIENTO ALGUNO QUE HICIERE SIN EL CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LA E.S.E, QUE COMPROMETA EL BUEN NOMBRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. O DE CUALQUIERA DE SUS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, SERÁ MOTIVO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.	ACTUACIÓN DE MANERA ÉTICA Y HONESTA, SOLO DAR LA INFORMACIÓN AUTORIZADA POR LA ENTIDAD	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
EN CASO DE SER DESIGNADO SUPERVISOR DE UN CONTRATO, REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO TÉCNICO, ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DEL NEGOCIO JURÍDICO ENCOMENDADO, RESPONDIENDO FISCAL, DISCIPLINARIA Y PENALMENTE POR EL MANEJO DE LOS RECURSOS Y ACTIVIDADES QUE ELLO CONLLEVE.	VIGILANCIA DEL ADECUADO DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA EN CASO DE SER	DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN EL CASO
EL CONTRATISTA, CUANDO EXISTA UNA NECESIDAD FUNDAMENTAL EN EL MARCO DE SITUACIONES DE EMERGENCIA DONDE TENGA QUE INTERVENIR EL SECTOR SALUD, DEBE GARANTIZAR LA ATENCIÓN MÉDICA Y/O APOYO A LA MISMA AL SER CONSECUENCIA LÓGICA DE LA MISIÓN MÉDICA.	ACTIVIDAD MÉDICA SEGÚN MISIÓN MÉDICA	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
. UNA VEZ TERMINADO EL CONTRATO, POR TERMINACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN O ANTICIPADAMENTE, EL CONTRATISTA SE OBLIGA A DAR TRÁMITE DE PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO CON LA ENTIDAD, EL CUAL DEBERÁ ALLEGAR CON LA ÚLTIMA CUENTA DE COBRO, SO PENA DE NO CERTIFICAR EL ÚLTIMO SERVICIO RECIBIDO.	DAR TRÁMITE A LAS OBLIGACIONES REQUERIDAS PARA PAZ Y SALVO CON LA ENTIDAD	DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN CASO

Copia Certificada Subred Suroccidente

CONOCER, PROMOVER Y APLICAR LAS NORMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL Y RESIDUOS HOSPITALARIOS, HACIENDO USO EFICIENTE DE LOS INSUMOS PUESTOS A SU DISPOSICIÓN, ASÍ COMO DE LOS RECURSOS DE AGUA Y ENERGÍA Y CONTRIBUIR CON EL RECICLAJE.	RESPONSABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
CUMPLIR CON LOS PLANES DE EMERGENCIA INSTITUCIONALES Y NORMAS DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES PROCURANDO EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD, CONTANDO CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL NECESARIOS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD CONTRATADA E INFORMANDO A LA SUBRED SUR LA OCURRENCIA DE INCIDENTES O ACCIDENTES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.	ADECUADO USO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
. SI EL CONTRATISTA DESARROLLA ACTIVIDADES EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, URGENCIAS Y/O COMPLEMENTARIOS, COMO MÉDICO, MÉDICO ESPECIALISTA, ODONTÓLOGO, ODONTÓLOGO ESPECIALISTA, PROFESIONAL EN ENFERMERÍA O BACTERIÓLOGO, SE OBLIGA A CONSTITUIR Y MANTENER VIGENTE GARANTÍA O PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONES MÉDICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD, EXPEDIDA POR ENTIDAD LEGALMENTE AUTORIZADA, LA CUAL SERÁ SOLICITADA POR LA ENTIDAD EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA SU SOPORTE	TENER PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD MÉDICO LEGAL ACTIVA	POLIZA VIGENTE
EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REALIZAR ACTIVIDADES DE DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN CUANDO LO REQUIERA LA SUBRED DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO PARA ELLO	CTIVIDADES DOCENTES DE ACUERDO A PERFIL	REVISTA CLINICA, SEMINARIOS, APOYOEN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
DESARROLLAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL	ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN HOSPITAL DIA QUE REQUIERAN EL MANEJO POR EL AREA DE PSIQUIATRÍA	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES

DIANA LUCERO PARDO CAMACHO
51837600
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:	52349108
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAOLA LIZETTE TOVAR RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 66 NO. 76-66 APTO 304	TELÉFONO:	2256217
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7937512273**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		903536774

NOVEDADES

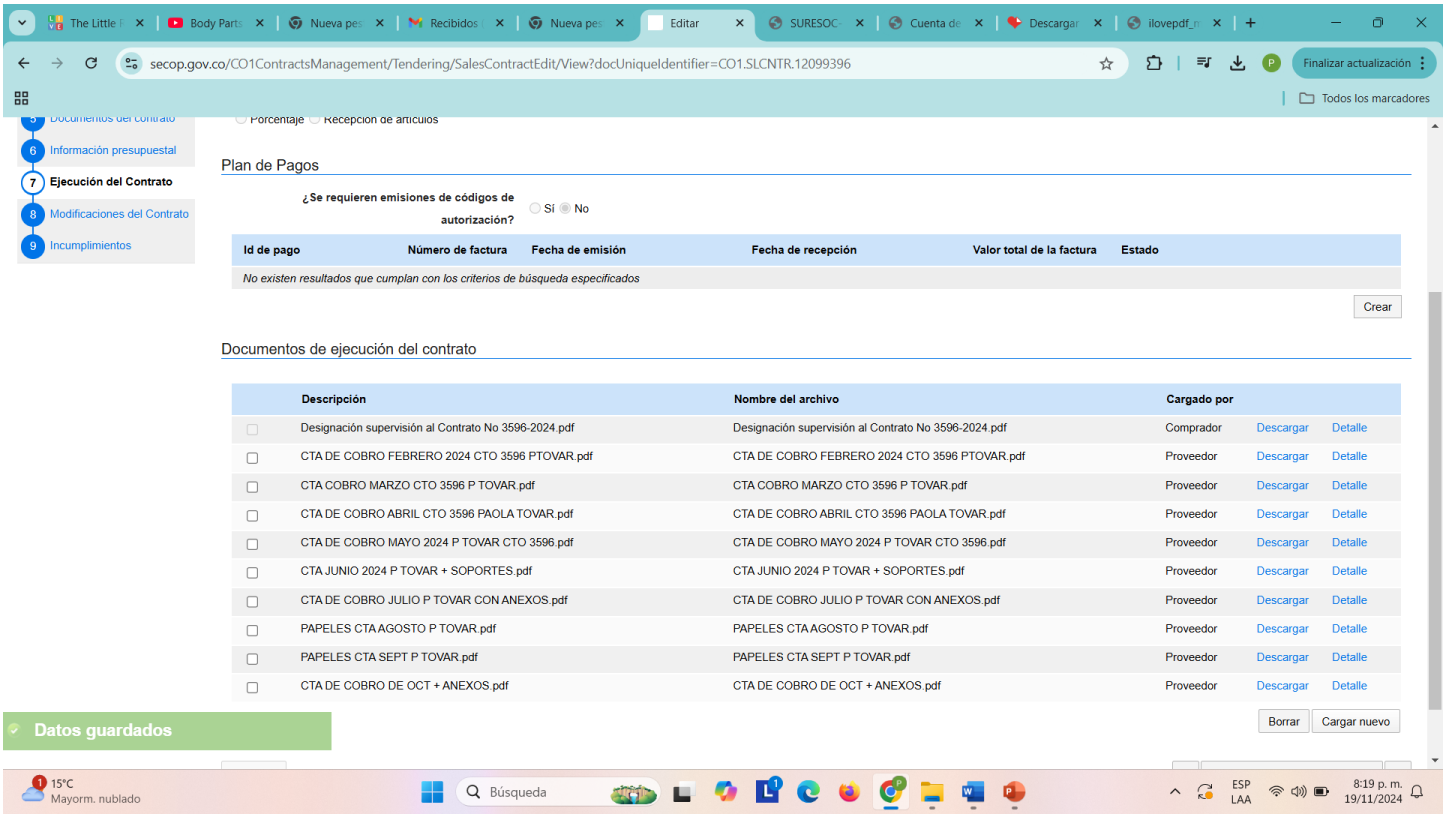
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.105.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.105.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 812.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 812.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 39.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 39.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 158.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 158.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 2.114.900**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 2.114.900**

Planilla Pagada


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12099396
Finalizar actualización
Todos los marcadores
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
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
Designación supervisión al Contrato No 3596-2024.pdf
Comprador
CTA DE COBRO FEBRERO 2024 CTO 3596 PTOVAR.pdf
Proveedor
CTA COBRO MARZO CTO 3596 P TOVAR.pdf
CTA DE COBRO ABRIL CTO 3596 PAOLA TOVAR.pdf
CTA DE COBRO MAYO 2024 P TOVAR CTO 3596.pdf
CTA JUNIO 2024 P TOVAR + SOPORTES.pdf
CTA DE COBRO JULIO P TOVAR CON ANEXOS.pdf
PAPELES CTA AGOSTO P TOVAR.pdf
PAPELES CTA SEPT P TOVAR.pdf
CTA DE COBRO DE OCT + ANEXOS.pdf
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Datos guardados
15°C
Mayorm. nublado
Búsqueda
ESP
LAA
8:19 p. m.
19/11/2024

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c63e07e47076fcd47616858b4252b37a412d7f626fe46194261f811f78a1ae6c205d4e6e163295394dedfe38e665a303

Número de Factura: PLTR-108
Fecha de Emisión: 18/11/2024
Fecha de Vencimiento: 18/12/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido: factura noviembre 2024
Fecha de orden de pedido: 18/11/2024

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: TOVAR RODRIGUEZ PAOLA LIZETTE
Nombre Comercial: TOVAR RODRIGUEZ PAOLA LIZETTE
Nit del Emisor: 52349108
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8610

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 66 76 66 IN 1 AP 304
Teléfono / Móvil: 2256217
Correo: paotovar@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Sub Red Integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ -

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: calle 9 # 39-46
Teléfono / Móvil:
Correo: enrique.soler@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	02	HONORARIOS PROFESIONAL ESPECIALIZADO PSIQUIATRIA DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024	HUR	186,00	$ 86.666,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 16.119.876,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
18/11/2024 21:59:18
Documento validado por la DIAN:
18/11/2024 21:59:19
XML Generado por:
Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			16.119.876,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			16.119.876,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			16.119.876,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	16.119.876,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764079767626 Rango desde: 106 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-03-18