Espacio para
Logo Corporativo

CARLOS ALFONSO GONZALEZ MONTEALEGRE
NIT 80.821.864-
CARRERA 58 # 129C-03 APTO 401 INT 1
Tel: (031) 3012356004
Bogotá - Colombia
cmp15co@yahoo.com

Factura electrónica de venta
No. 111

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(031) 7560505
Dirección	CALLE 9 # 39 - 46	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	09/12/2024, 10:46
Expedición	09/12/2024, 10:46
Vencimiento	09/12/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONSULTA, INTERCONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA DERMATOLOGICA MES DE DICIEMBRE 2024	1.00	13,866,560.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Trece millones ochocientos sesenta y seis mil quinientos sesenta pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 13,866,560.00

Observaciones:

Total Bruto	13,866,560.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	13,866,560.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764083192639 aprobado en 20241112 prefijo desde el número 108 al 500 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: ebd640455ae3b63854a65e9dd96d9e407baa5de85673e9650367026b589549bbe7910c13eb58ded45c78c7d38cff0f7c

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 80821864		GONZALEZ MONTEALEGRE CARLOS ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 58 # 129c-03 apto 401 int 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2265414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1112003559	9478669801	I	2024/12/16	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,772,600

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)					$5,550,000	$943,600			$5,550,000	$693,800			$0	$0			$5,550,000	$135,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,550,000	$943,600			$5,550,000	$693,800			$0	$0			$5,550,000	$135,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,550,000	$943,600			$5,550,000	$693,800			$0	$0			$5,550,000	$135,200		$0	$0
1	CC	80821864 GONZALEZ CARLOS	230301	30	$5,550,000	$943,600	EPS010	30	$5,550,000	$693,800		0	$0	$0	14-11	30	$5,550,000	$135,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$5,550,000	$943,600			$5,550,000	$693,800			$0	$0			$5,550,000	$135,200		$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 80821864		GONZALEZ MONTEALEGRE CARLOS ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 58 # 129c-03 apto 401 int 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2265414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1112003559	9478669801	I	2024/12/16	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,772,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$943,600	$0	$0	$943,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$943,600	$0	$0	$943,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$135,200	$0	$0	$135,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$135,200	$0	$0	$135,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$693,800	$0	$0	$693,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$693,800	$0	$0	$693,800
TOTAL				**1**	**$1,772,600**	**$0**	**$0**	**$1,772,600**

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:	CARLOS ALFONSO GONZÁLEZ MONTEALEGRE								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	80821864			
CORREO ELECTRONICO:	Cmp15co@yahoo.com				CELULAR:	3222861708			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT DERMATOLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10A03	70	KE11A03	30					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	457600058863						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3137			VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	72651	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- DERMATOLOGO							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2024-11-01		2024-11-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$13,866,560					
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:	$138,655,600
VALOR EJECUTADO	$138,655,600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$13,866,560
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
9477223384	$5,546,624	$693,328	$887,460	3	$135,116	$1,715,904

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

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
Supervisor

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

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
Realizo consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatologia.	Realize consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatologia.	Se realiza historia clínica en el sistema Dinamica Gerencial
Brindo servicios de evaluacion,diagnostico y tratamiento a los pacientes de hospitalizacion y urgencias.	Brinde servicios de evaluacion,diagnostico y tratamiento a los pacientes de hospitalizacion y urgencias.	Se realiza historia clínica con las indicaciones para lo tratamientos pertinentes según diagnostico.
Portar con los elementos basicos paa el desarrollo de sus actividades	Porte con los elementos básicos para el desarrollo de mis actividades	Se utiliza los elementos de protección persona realizando el registro en las planillas adoptadas por la Subred
Realizar procedimientos programados en el area asignada.	Realize procedimientos programados en el area asignada	Se deja informe quirurgico en la historia clinica del paciente y se valida en el sistema DINAMICA
Diligencio con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de su competencia,los soportes aenxos que requiera el usuario para los tramites en la EPS, con los establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución	Diligencie con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de mi competencia,los soportes anexos que requiera el usuario para los tramites en la EPS, con los establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución.	En en aplicativo DINAMICA están el formato de historias clinicas debidamente dIligenciadas de las consultas realizadas.
contesto interconsultasque le fueren solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente en la sede uss kennedy y patio bonito tintal.	conteste interconsultasque le fueron solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente en la sede uss kennedy y patio bonito tinta	Se verifica en la historia clinica y en el aplicativo DINAMICA
Aplica normas de bioseguridad,orientando al usuario y la familia.	Aplique normas de bioseguridad,orientando al usuario y la familia. pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias	Listado de adherencias y cumplimiento al reglamento
Respeto los derechos del paciente y cumplir con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias	Respete los derechos del paciente y cumpli con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias	Respete los derechos del paciente y cumpli con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias
Explicar los procedimientos a realizar al paciente o acompañante.	Explique los procedimientos a realizar al paciente o acompañante	Se le da a conocer al paciente y al acompañante el procedimiento ha realizar
Tratar con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros.	Se le da a conocer al paciente y al acompañante el procedimiento ha realizar	Se le da a conocer al paciente y al acompañante el procedimiento ha realizar
Dio aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstaculos para el desarrollo de la prestación del servicio.	Di aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstaculos para el desarrollo de la prestación del servicio	Trate con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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