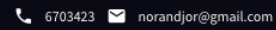


 <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>					Versión	3			
					Fecha de aprobación	2/15/2018			
					Código:	04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Maria del Pilar Salom Hernandez						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		32639381	
CORREO ELECTRONICO:			norandjor@gmail.com			CELULAR:		6703423	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			Imagenología No Radiológica(Ecografía y Ultrasonografía) Zona Franca			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO08L04	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			5900071761				PENSIONADO	NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		4443			VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP	2680	FECHA	2024-12-30 16:21:23.000	NÚMERO DE CRP	82604	FECHA	2024-12-30 22:16:25.000		
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGO							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-12-09			2024-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$19,489,680					
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:						\$216,660,276			
VALOR EJECUTADO						\$216,660,276			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$19,489,680			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$0			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%			
El intervisor 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		
82529389	\$7,795,872	\$974,484		\$1,247,340	3	\$189,907	\$2,411,731		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
LILIANA CASTIBLANCO MOSOS 52619353 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									

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizar en los diferentes servicios de consulta externa, urgencias y Hospitalizados de la Subred todos los estudios ecográficos convencionales solicitados y agendados	Registrar en la Plataforma Dinamica los informes de los estudios de ecografías efectuadas, cubrir en extensión el servicio según programación mensual, durante el mes de DICIEMBRE de 2024.
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Mantener la confidencialidad de lo consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes de las ecografías realizadas.	Mantener la confidencialidad de lo consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes de las ecografías realizadas.
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos y actividades 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	Llevar Diariamente el registro de las ecografías realizadas, en los RIPS.	Resultados generados de las ecografías estudios realizadas (RIPS) del mes de NOVIEMBRE de 2024. Horas de ecografías 166. Horas de transcripción 14.
4) Realizar la supervisión del técnico profesional o tecnólogo de imágenes diagnósticas a sus actividades de operación de equipo de radiaciones ionizantes y adquisición de imágenes	NA	NA
5) Participar en la programación de actividades del área.	Participación de reuniones, capacitaciones física y virtuales a las que sea solicitado	Participación de reuniones, capacitaciones física y virtuales a las que sea solicitado. Asegurar el mes de NOVIEMBRE :ENCUESTA CULTURA DE PERCEPCION CLIMA DE SEGURIDAD DE PACIENTE-GUIA ABORDAJE PRIMERA SEGUNDA Y TERCERA VICTIMA.
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reportar en el aplicativo de Almera de Seguridad del Paciente de los eventos de notificación obligatoria.	Reportar en el aplicativo de Almera de Seguridad del Paciente de los eventos de notificación obligatoria.
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.	Notificación de la verificación de equipos biomédicos solicitar revision y/o cambios de equipos y accesorios, mantenimientos, notificando las fallas de calidad que se presenten en el servicio.	Reporte oportuno en el aplicativo (Mesa de ayuda) mes de DICIEMBRE de 2024.
8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Dar instrucciones a su equipo de trabajo (transcriptora), antes, durante y después de la realización de los estudios ecográficos.	Informe en la HC de cada paciente atendido durante el mes de DICIEMBRE de 2024.
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. “Una Contraloría Aliada con Bogotá” 33 www.contraloriabogota.gov.co Código Postal 111321 Cra. 32 A No. 26 A 10 PBX 3358888	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad, con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento.	Informe en la HC de cada paciente atendido durante el mes de DICIEMBRE de 2024.
10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	NA	NA
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	NA	NA
12) Informar al paciente y a su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informar al paciente y a su acompañante los hallazgos encontrados en el procedimiento.	Redireccionar al servicio de Urgencias o atención prioritaria cuando sea necesario.
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Dar concepto diagnóstico después de cada exploración ecográfica.	Anotar en la HC la opinión de cada ecografía realizada en el mes de DICIEMBRE 2024.
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Cumplimiento de normas de seguridad al paciente durante el procedimiento ecográfico.	Reportar incidentes o eventos adversos que se presenten en el mes de DICIEMBRE de 2024.
15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades.	Informe mensual de DICIEMBRE 2024.
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.	Lista de entrega de elementos	Firma de recibido en el mes de DICIEMBRE de 2024.
17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocada. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Firma de asistencia a la reuniones a las cuales sea convocado	Firma de asistencia del mes de DICIEMBRE de 2024.
18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografía.	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografía.
19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografías.	Adherencia a los protocolos institucionales durante el mes de DICIEMBRE de 2024.

20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registrar las actividades de estudios ecográficos quedando en la Historia Clínica el informe ecográfico respectivo de los pacientes; de los cuales quedan las evidencias y registros de acuerdo al tipo de paciente atendido (Ambulatorio: De acuerdo a solicitud de cita para realización de los estudios; Urgencias y Hospitalización:)y llevar el registro de pacientes atendidos(RIPS).	Registrar en la Plataforma Dinamica los informes de los estudios de ecografías efectuados, cubrir en extensión el servicio según programación mensual, durante el mes de DICIEMBRE de 2024.
21) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participar cuando sea requerido	Firma de asistencia del mes de DICIEMBRE de 2024.
22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	NA	NA
23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Comprobante de pago de la Seguridad Social	Entrega de Comprobante de la seguridad Social del mes de NOVIEMBRE de 2024.
24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato”	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografías.	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de los estudios de ecografías.
<p style="text-align: center;">LILIANA CASTIBLANCO MOSOS 52619353 Supervisor</p>		
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		



La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **21/01/2025**.

Ellenbogenstellung	0°	15°	30°	45°	60°	75°	90°
--------------------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Espacio para
Logo Corporativo

Maria del Pilar Salom Hernandez
NIT 32.639.381-
avda calle 170 #76-70 casa 5
Tel: (031) 3102212039
Bogotá - Colombia
norandjor@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. FE 819

Señores	subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e.		
NIT	900.959.048-4	Teléfono	(601) 5715551347
Dirección	cl 9 39 46	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	09/12/2024, 17:32
Expedición	09/12/2024, 17:32
Vencimiento	09/12/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIO CONSULTA	180.00	19,489,680.00

Total items: 1

Total Bruto	19,489,680.00
Total a Pagar	19,489,680.00

Valor en Letras:

Diecinueve millones cuatrocientos ochenta y nueve mil seiscientos ochenta pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-12-09 por \$ 19,489,680.00

Observaciones:

HONORARIOS DICIEMBRE CTO 4443-2024

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 18764075294782 aprobado en 20240717 prefijo FE desde el número 814 al 900 Vigencia: 6 Meses

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 8f820ff1fee0cd7326345678dcaafbd5b04ec264c21196d4c52da5c7aac32d88998c39908db1a78a28d6cb7a3317bdc9

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	32639381	MARIA DEL PILAR SALOM HERNANDEZ		AVDA CALLE 170 # 76-70casa5	6019308488	NORANDJOR@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82529389	TOTAL A PAGAR \$2.489.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	974.500	0		0		0	0	0	0	974.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	1.247.400	0	0	39.000	39.000	0	0		1.325.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	190.000				190.000	0	0	190.000			1.900	190.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	974.500	974.500
Pensión	1	1.325.400	1.325.400
Riesgos Laborales	1	190.000	190.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.489.900	2.489.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	32639381	MARIA DEL PILAR SALOM HERNANDEZ		AVDA CALLE 170 # 76-70casa5	6019308488	NORANDJOR@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82529389	\$2.489.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	32639381	SALOM HERNANDEZ MARIA DEL PILAR	59	0		N																		231001	7.795.872	1.247.400	0	0	39.000	39.000	EPS037	7.795.872	974.500	14-11	7.795.872	3	190.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA