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:	eduardo molinares salazar						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	72215238	
CORREO ELECTRONICO:	eduardomolinares@yahoo.com				CELULAR:	3166199383	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT OTORRINOLARINGOLOGÍA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	FO08A16	70	FO03C16	30			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	452970024678				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3531			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	72968	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- OTORRINOLARINGOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-11-01		2024-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,251,608				
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:	$93,774,120
VALOR EJECUTADO	$86,864,448
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,251,608
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6,909,672
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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
81816372	$2,829,675	$353,709	$452,748	3	$68,931	$875,388

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

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Realicé las actividades y procedimiento diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral del cuidado del paciente	Se atiende consulta programada por medio de la consulta de Otorrinolaringologia en la modalidad presencial , se realizo el ejercicio medico profesional usando las herramientas diagnosticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Registro en historia clínica	Registro en historia clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica	se realizo diligenciamiento de la historia clínica y sus anexos dentro del marco legal
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Se realizó actividades de consulta externa	Se realizó consulta de otorrinolarongologia de población general
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Se informa al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Se informa al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención
Llevar registro de la atención de las 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	Se lleva 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 historia clínica
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	participo en actividades programadas por la subred	firma de actas
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	No se presento este mes	NO APLICA
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.	No se presento este mes	NO APLICA
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Se dan instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Registro en historia clínica
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Se Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Registro en historia clínica
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	se realiza intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	Registro en historia clínica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se informa al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Se informa al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Se implementa guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Registro en historia clínica
Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	se informa las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	se informa a lider de la sede
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Registro en historia clínica	Registro en historia clínica
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	se plantea nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Registro en historia clínica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Se Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Registro en historia clínica
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Se Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Registro en historia clínica
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Se Responde por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Se entrega llave a auxiliar del 107

Copia Certificada
Subred Suroccidente

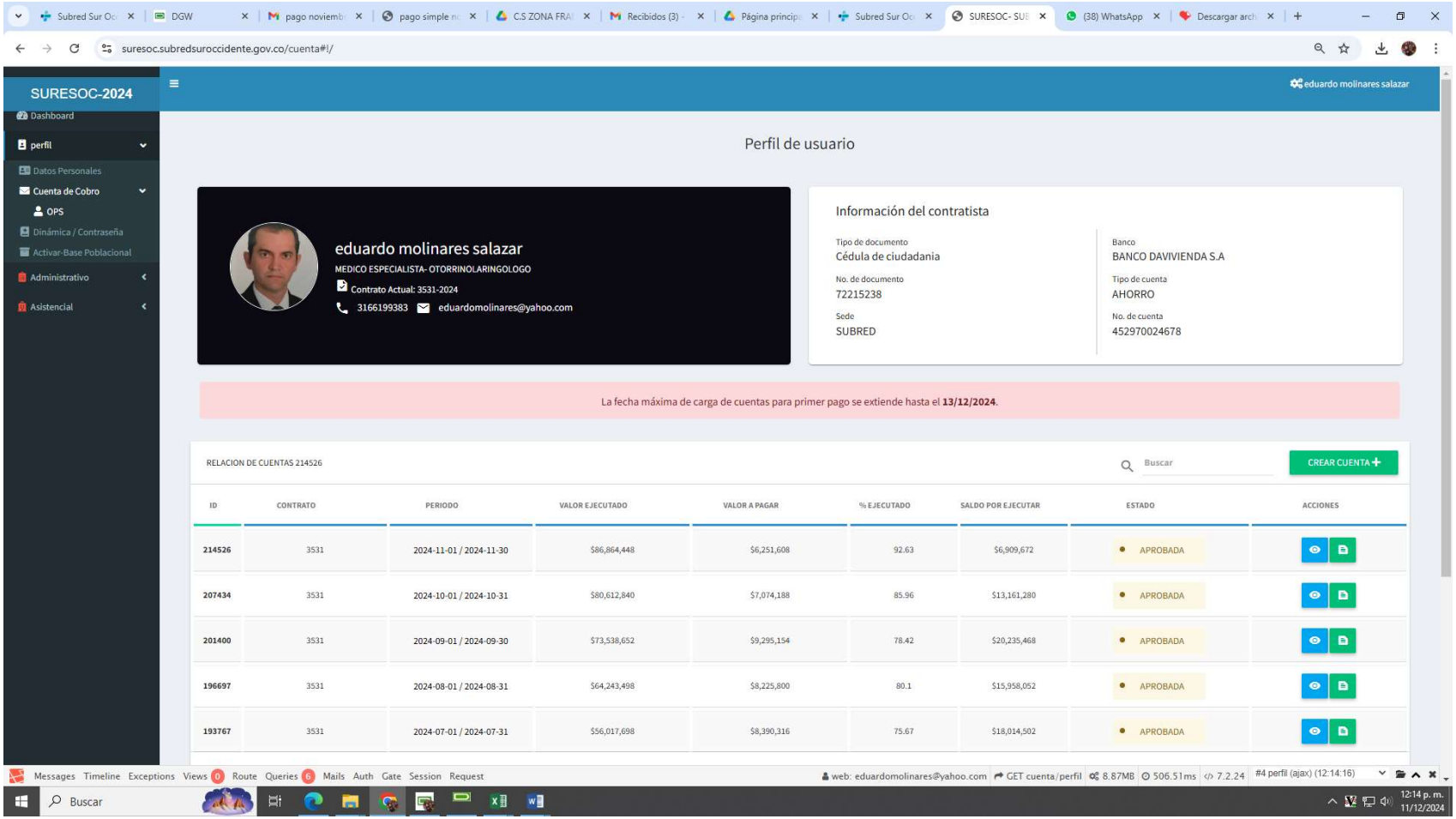
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos	participe en las reuniones convocadas sefirma acta de asistencia
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Se da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Planeo y programo cuenta de cobro y de actividades en el aplicativo de suresoc	presento cuenta de cobro acompañada de informes de actividades en el aplicativo suresoc
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	planeo participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	participe en el asegúrate del mes asegúrate

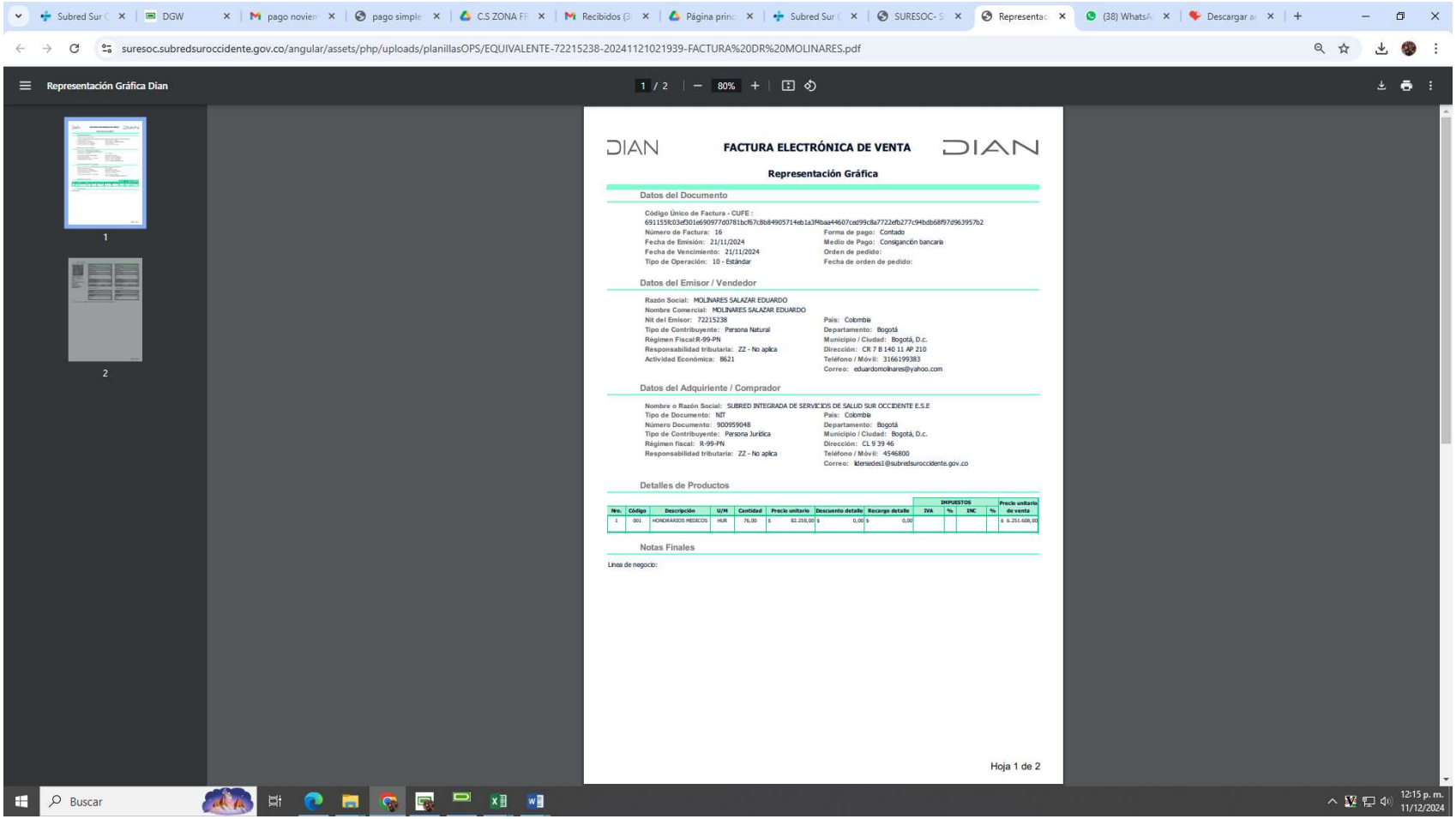
LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
Supervisor

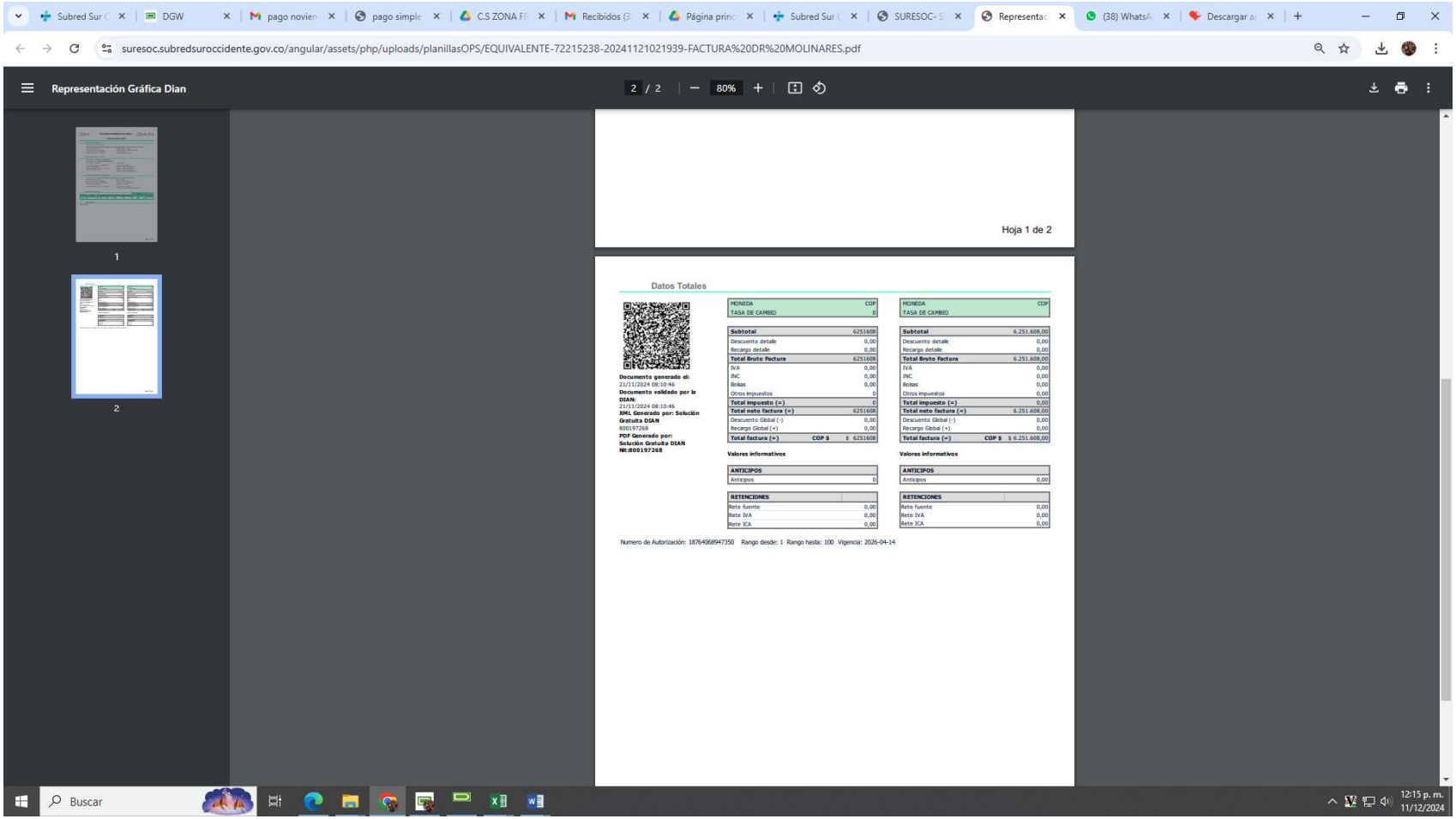
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

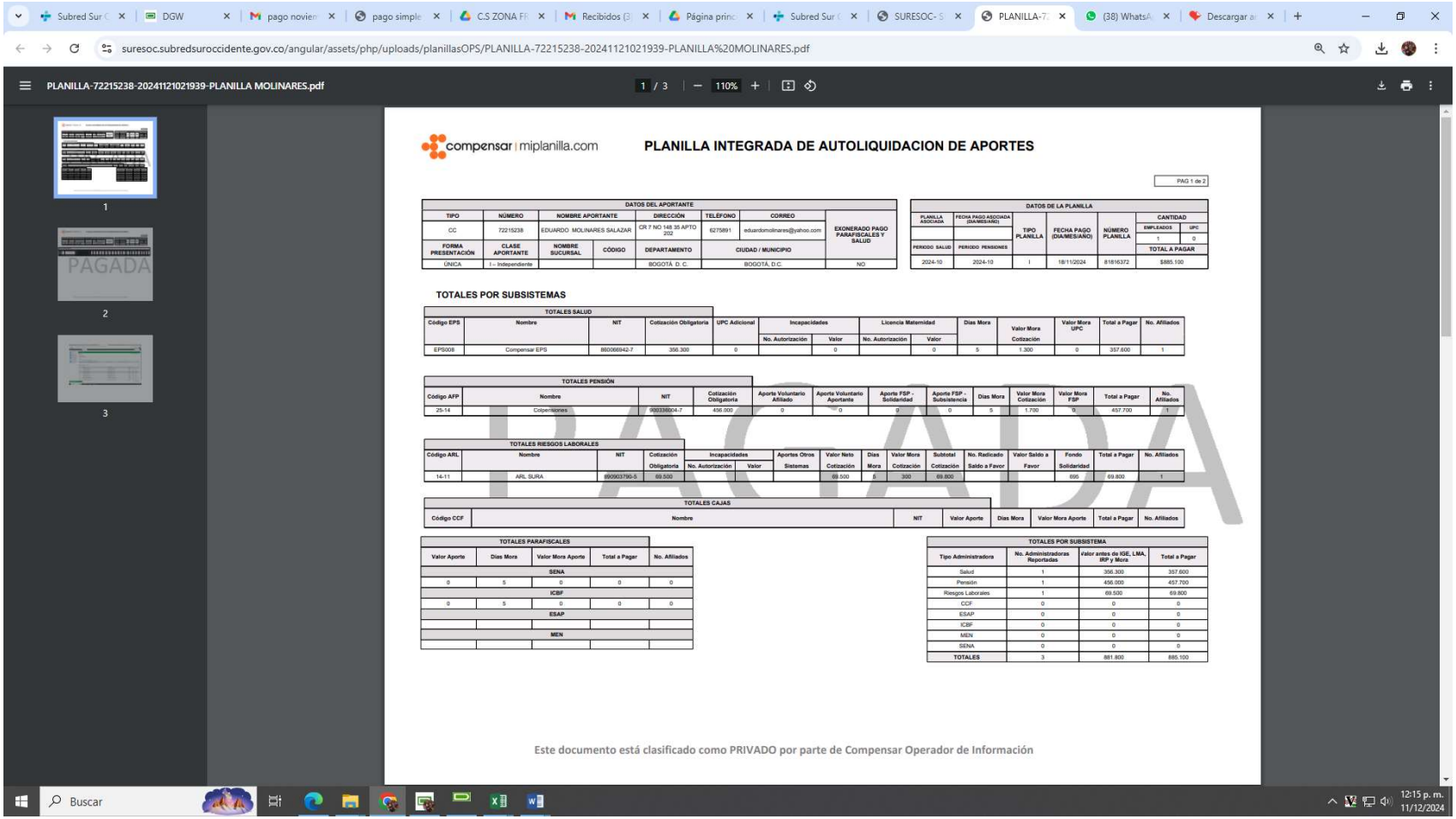
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

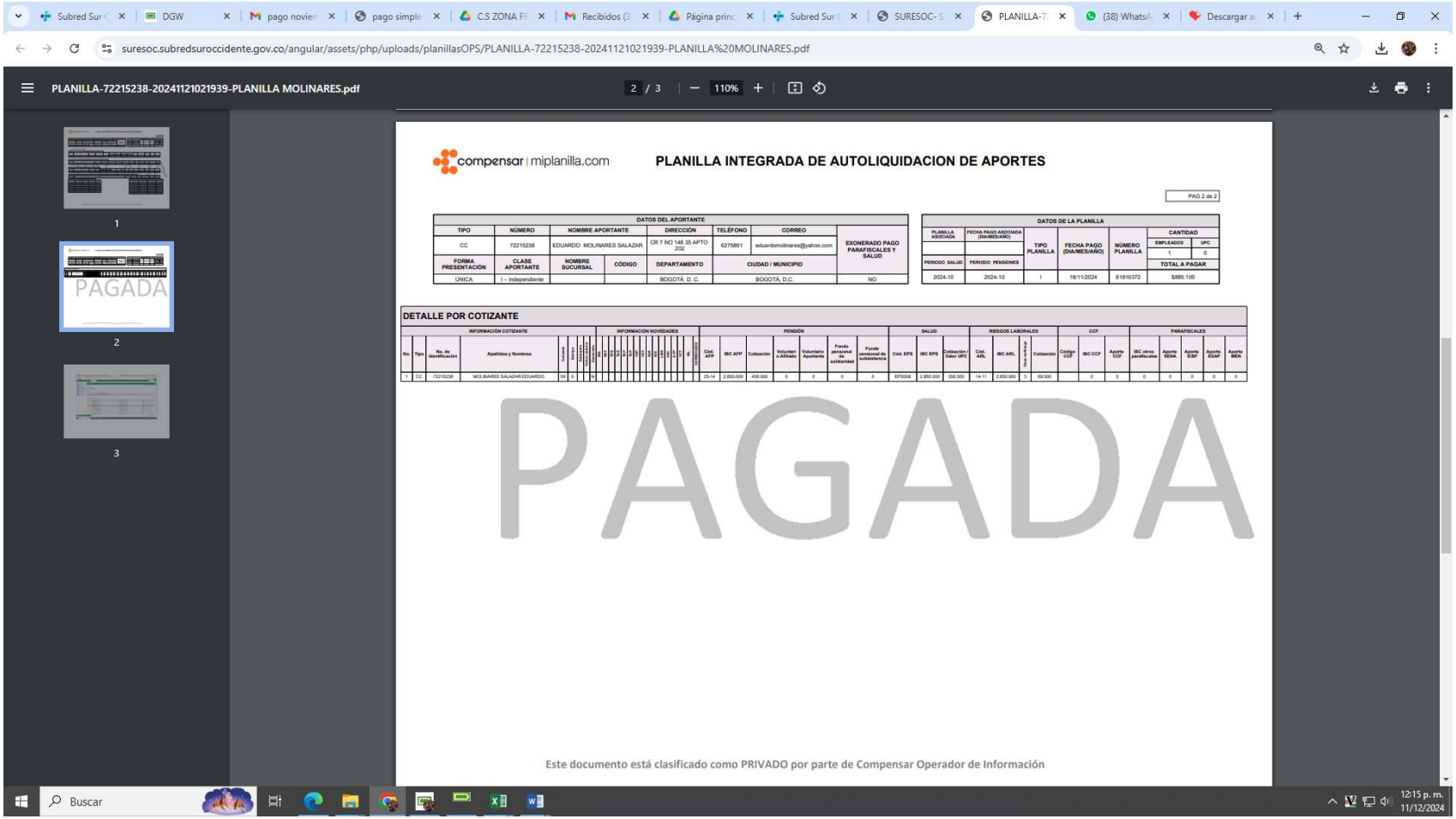
Copia Certificada
Subred Suroccidente


SURESOC-2024
Dashboard
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
eduardo molinares salazar
Perfil de usuario
eduardo molinares salazar
MEDICO ESPECIALISTA- OTORRINOLARINGOLOGO
Contrato Actual: 3531-2024
3166199383
eduardomolinares@yahoo.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
72215238
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
452970024678
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 13/12/2024.
RELACION DE CUENTAS 214526
Buscar
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
214526 3531 2024-11-01 / 2024-11-30 $86,864,448 $6,251,608 92.63 $6,909,672 APROBADA
207434 3531 2024-10-01 / 2024-10-31 $80,612,840 $7,074,188 85.96 $13,161,280 APROBADA
201400 3531 2024-09-01 / 2024-09-30 $73,538,652 $9,295,154 78.42 $20,235,468 APROBADA
196697 3531 2024-08-01 / 2024-08-31 $64,243,498 $8,225,800 80.1 $15,958,052 APROBADA
193767 3531 2024-07-01 / 2024-07-31 $56,017,698 $8,390,316 75.67 $18,014,502 APROBADA
Messages Timeline Exceptions Views Route Queries Mails Auth Gate Session Request
web: eduardomolinares@yahoo.com GET cuenta/perfil 8.87MB 506.51ms 7.2.24
Buscar
12:14 p. m.
11/12/2024


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/EQUIVALENTE-72215238-20241121021939-FACTURA%20DR%20MOLINARES.pdf
Representación Gráfica Dian
1 / 2
80%
DIAN
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
DIAN
Representación Gráfica
Datos del Documento
Código Único de Factura - CUFE :
691155fc03ef301e690977d0781bcf67c8b84905714eb1a3f4baa44607ced99c8a7722efb277c94bdb68f97d963957b2
Número de Factura: 16
Fecha de Emisión: 21/11/2024
Fecha de Vencimiento: 21/11/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:
Datos del Emisor / Vendedor
Razón Social: MOLINARES SALAZAR EDUARDO
Nombre Comercial: MOLINARES SALAZAR EDUARDO
Nit del Emisor: 72215238
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 7 B 140 11 AP 210
Teléfono / Móvil: 3166199383
Correo: eduardomolinares@yahoo.com
Datos del Adquiriente / Comprador
Nombre o Razón Social: SUBRED 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 - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 4546800
Correo: liderseides1@subredsuroccidente.gov.co
Detalles de Productos
Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS IVA | % | INC | % | Precio unitario de venta
1 | 001 | HONORARIOS MEDICOS | HUR | 76,00 | $ 82.258,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 6.251.608,00
Notas Finales
Linea de negocio:
Hoja 1 de 2
Buscar
12:15 p. m.
11/12/2024


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/EQUIVALENTE-72215238-20241121021939-FACTURA%20DR%20MOLINARES.pdf
Representación Gráfica Dian
2 / 2
80%
Hoja 1 de 2
Datos Totales
Documento generado el:
21/11/2024 08:10:46
Documento validado por la DIAN:
21/11/2024 08:10:46
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268
MONEDA COP
TASA DE CAMBIO 0
Subtotal 6251608
Descuento detalle 0,00
Recargo detalle 0,00
Total Bruto Factura 6251608
IVA 0,00
INC 0,00
Bolsas 0,00
Otros impuestos 0
Total impuesto (=) 0
Total neto factura (=) 6251608
Descuento Global (-) 0,00
Recargo Global (+) 0,00
Total factura (=) COP $ 6251608
Valores informativos
ANTICIPOS
Anticipos 0
RETENCIONES
Rete fuente 0,00
Rete IVA 0,00
Rete ICA 0,00
MONEDA COP
TASA DE CAMBIO
Subtotal 6.251.608,00
Descuento detalle 0,00
Recargo detalle 0,00
Total Bruto Factura 6.251.608,00
IVA 0,00
INC 0,00
Bolsas 0,00
Otros impuestos 0,00
Total impuesto (=) 0,00
Total neto factura (=) 6.251.608,00
Descuento Global (-) 0,00
Recargo Global (+) 0,00
Total factura (=) COP $ $ 6.251.608,00
Valores informativos
ANTICIPOS
Anticipos 0,00
RETENCIONES
Rete fuente 0,00
Rete IVA 0,00
Rete ICA 0,00
Numero de Autorización: 18764068947350 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2026-04-14
Buscar
12:15 p. m.
11/12/2024


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/PLANILLA-72215238-20241121021939-PLANILLA%20MOLINARES.pdf
PLANILLA-72215238-20241121021939-PLANILLA MOLINARES.pdf
1 / 3
110%
compensar | miplanilla.com
PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES
PAG 1 de 2
DATOS DEL APORTANTE
TIPO
NÚMERO
NOMBRE APORTANTE
DIRECCIÓN
TELÉFONO
CORREO
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC
72215238
EDUARDO MOLINARES SALAZAR
CR 7 NO 148 35 APTO 202
6275891
eduardomolinares@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN
CLASE APORTANTE
NOMBRE SUCURSAL
CÓDIGO
DEPARTAMENTO
CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA
I – Independiente
BOGOTÁ, D.C.
BOGOTÁ, D.C.
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
1
0
PERIODO SALUD
PERIODO PENSIONES
TOTAL A PAGAR
2024-10
2024-10
I
18/11/2024
81816372
$885.100
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
EPS008
Compensar EPS
860066942-7
356.300
0
5
1.300
357.600
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
25-14
Colpensiones
900336004-7
456.000
0
0
0
5
1.700
457.700
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
14-11
ARL SURA
890903790-5
69.500
69.500
5
300
69.800
695
69.800
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
5
0
0
0
ICBF
0
5
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
356.300
357.600
Pensión
1
456.000
457.700
Riesgos Laborales
1
69.500
69.800
CCF
0
0
0
ESAP
0
0
0
ICBF
0
0
0
MEN
0
0
0
SENA
0
0
0
TOTALES
3
881.800
885.100
PAGADA
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información
Buscar
12:15 p. m.
11/12/2024


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/PLANILLA-72215238-20241121021939-PLANILLA%20MOLINARES.pdf
PLANILLA-72215238-20241121021939-PLANILLA MOLINARES.pdf
2 / 3
110%
compensar | miplanilla.com
PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES
PAG 2 de 2
DATOS DEL APORTANTE
TIPO
NÚMERO
NOMBRE APORTANTE
DIRECCIÓN
TELÉFONO
CORREO
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC
72215238
EDUARDO MOLINARES SALAZAR
CR 7 NO 148 35 APTO 202
6275891
eduardomolinares@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN
CLASE APORTANTE
NOMBRE SUCURSAL
CÓDIGO
DEPARTAMENTO
CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA
I – Independiente
BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ, D.C.
NO
DATOS DE LA PLANILLA
PLANILLA ASOCIADA
FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)
TIPO PLANILLA
FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)
NÚMERO PLANILLA
CANTIDAD
EMPLEADOS
APC
TOTAL A PAGAR
PERIODO SALUD
PERIODO PENSIONES
2024-10
2024-10
I
18/11/2024
81816372
$885.100
DETALLE POR COTIZANTE
INFORMACIÓN COTIZANTE
INFORMACIÓN NOVEDADES
PENSIÓN
SALUD
RIESGOS LABORALES
CCF
PARAFISCALES
No.
Tipo
No. de Identificación
Apellidos y Nombres
Cód. AFP
IBC AFP
Cotización
Voluntario Afiliado
Voluntario Aportante
Fondo pensional de solidaridad
Fondo pensional de subsistencia
Cód. EPS
IBC EPS
Cotización / Valor UPC
Cód. ARL
IBC ARL
Clase
Cotización
Código CCF
IBC CCF
Aporte CCF
IBC otros parafiscales
Aporte SENA
Aporte ICBF
Aporte ESAP
Aporte MEN
1
CC
72215238
MOLINARES SALAZAR EDUARDO
25-14
2.650.000
458.000
0
0
0
0
EPS008
2.650.000
356.300
14-11
2.650.000
3
69.500
0
0
0
0
0
0
0
PAGADA
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información
Buscar
12:15 p. m.
11/12/2024