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:	Sara Marcela Torres Ayala										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1032464235					
CORREO ELECTRONICO:	marce_rym10@hotmail.com				CELULAR:	7024467					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI NEONATAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10J04	35	KE10J07	35	KE10J09	30					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	299101717						PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO	3558			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	6086	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-09-01		2024-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$15,793,536				
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:	$133,751,508
VALOR EJECUTADO	$115,983,780
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$15,793,536
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$17,767,728
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	87%

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
80107439	$5,725,157	$715,645	$916,025	3	$139,465	$1,771,135

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

JERSON SILVA VASCO
80219823
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
1 Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	1,Manejo integral a los procedimientos diagnósticos y terapeuticos demtro del plan de cuidado al paciente en la URN	A-Registros en la Historia Clínica a la atención del paciente atendidos dentro del mes y manejados integralmente de acuerdo a su patología.
2 Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	2,Cumplimiento adecuado en los registros de la Historia Clínica, acorde al manejo ético legal.	B-Valoración de pacientes a mi cargo, Evolución diaria, notas de procedimientos, con cubrimiento y cumplimiento ético.
3 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,Se llena a cabalidad los formatos establecidos para los registros correspondientes en la Historia Clnica, de acuerdo a normas legales.	C-Cumplimiento en los registros de atención, valoración y evolución diaria, y se cumple con los procesos de costos y facturación
4 Participar en la programación de actividades del área.	4,Asistencia y participación de actividades del servicio	D-Participación en cada programación.
5 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	5,Se reporta eventos de notificación obligatoria, cuando se presentan	E-Oportunidad a cada notificación
6 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.	6,Notificación, participación de analisis según se convoque	F-Implemetación de acciones de mejora si se requiere
7 Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	7,Se imparte instrucciones requeridas al equipo de salud para atención continua del paciente	G-Dentro del turno se mantiene instrucciones
8 Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	8,Se realiza con adecuado criterio de legalidad, oportunidad e integidad cada registro en los formatos Institucionales	H-Diligenciamiento optimo dado al paciente desde que ingresa hasta su salida
9 Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	9,Como norma se realiza y se diligencia el Consentimiento Informado	I-Verificando el procedimiento a realizar
10 Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	10,Realizo el seguimiento de acuerdo al estado del paciente	J-Seguimiento a diario durante su hospitalización
11 Informar al paciente y su familia sobre la condición del paciente, plan de manejo y atención.	11,Se Brinda información oportuna, eficiente y eficaz a los Padres del paciente que ingresan a la Unidad y esta al cuidado del equipo	K-IntegralIdad en la información dada a los Padres de los pacientes a nuestro cuidado
12 Emitir conceptos médicos que se le requieran.	12,Preste la debida Atención a pacientes que requieren procedimientos.esenciales y especiales	L-Establecer diagnósticos para dar tratamiento integral hasta su evolución satisfactoria.
13 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	13,Cumpliendo con las normas del Sistema de Garantia de la Calidad acorde a lo establecido por la Subred	M-Prestación del servicio junto con el equipo de trabajo, manteniendo y mejorando la calidad en la atención a cada uno de los pacientes.
14 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	14,Elaboración de informe de actividades prestadas a los pacientes que ingresa a la Unidad	N-Se entrega al Supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento
15 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	15,De acuerdo a las jormadas de capacitación requeridadas por la subred.	O-Asistencia a jornadas de capacitación
16 Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	16,Se cumple lo estipulado con las actividades contractuales realizadas	P-Producto entregado y certificado a la prestación del servicio
17 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	17,Cumpli con entregar la constancia de afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, con el que se ejecutara el contarto mensulamente.	Q-Entrego planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado

JERSON SILVA VASCO
80219823
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 Cenro Salud Subred Sur Occidente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032464235	SARA MARCELA TORRES AYALA	CLL 23 I BIS 92-20 INT 6 APTO 204	7024467	marce_rym10@hotmail.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	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80107439	$1.828.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	715.700	0		0		0	0	0	0	715.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	916.100	0	0	28.700	28.700	0	0		973.500	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	139.500				139.500	0	0	139.500			1.395	139.500	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	715.700	715.700
Pensión	1	973.500	973.500
Riesgos Laborales	1	139.500	139.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.828.700	1.828.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032464235	SARA MARCELA TORRES AYALA		CLL 23 I BIS 92-20 INT 6 APTO 204	7024467	marce_rym10@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80107439	$1.828.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032464235	TORRES AYALA SARA MARCELA	59	0			N																	230201	5.725.156	916.100	0	0	28.700	28.700	EPS008	5.725.156	715.700	14-11	5.725.156	3	139.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
aeed660a37efb34b37ca4ede0bb967e97eea05bd8fc2c7797194807206666c7bdfc1e8b1847b5e3f324f340f933b19df

Número de Factura: 50000005
Fecha de Emisión: 07/09/2024
Fecha de Vencimiento: 07/09/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: TORRES AYALA SARA MARCELA
Nombre Comercial: TORRES AYALA SARA MARCELA
Nit del Emisor: 1032464235
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica:

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: TV 94 23 I 90 IN 6 AP 204 CONJ MODELIA PRADO
Teléfono / Móvil: 7024467
Correo: marce_rym10@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
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: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: gerencia@subredoccidente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85121613	Servicios pediátricos	HUR	192,00	$ 82.258,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.793.536,00

Notas Finales

Honorarios Médicos Especializados del mes de Septiembre según contrato 3558-2024 de 2024.
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
07/09/2024 08:23:53
Documento validado por la DIAN:
07/09/2024 08:23:54
XML Generado por:
Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	15.793.536,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15.793.536,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	15.793.536,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 15.793.536,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764072755338 Rango desde: 50000001 Rango hasta: 51000000 Vigencia: 2026-06-11