

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CECILIA ANDREA REYES MONROY

C.C 52.430.383 DE BOGOTA

La suma de SEIS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL O C H E N T A
P E S O S M/cte. (6.499.080), por concepto de: prestación de servicios como médico general en el
área de urgencias sede Kennedy durante el periodo de 1 al 31 de ENERO de 2025 de conformidad
con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8409-2024.



CECILIA ANDREA REYES MONROY

C.C 52.430.383 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0570009770132539



RAZÓN SOCIAL :	CECILIA ANDREA REYES MONROY
IDENTIFICACIÓN:	CC-52430383
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-01-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-01-22
FECHA DE PAGO:	2025-01-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-12
PERÍODO SALUD:	2024-12
NÚMERO PLANILLA:	32278384
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32278384
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 2.971.008	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 371.400	\$ 371.400
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 2.971.008	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 475.400	\$ 475.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 2.971.008	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 72.400	\$ 72.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 919.200	\$ 919.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/02/2025
----------------------------------	------------



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ 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	
☐	CUENTA DE NOV 2024.pdf	CUENTA DE NOV 2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA DE DIC 2024.pdf	CUENTA DE DIC 2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Datos guardados

					Versión 3			
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:			CECILIA ANDREA REYES MONROY					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52430383
CORREO ELECTRONICO:			ceanre@hotmail.com			CELULAR:		3016150883
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10B01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			570009770132539				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		8409			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	7226	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-01-01			2025-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$6,499,080				
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:						\$14,855,040		
VALOR EJECUTADO						\$14,855,040		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$6,499,080		
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		
32278384	\$2,971,008	\$371,376	\$475,361	3	\$72,374	\$919,111		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
FARHI ALONSO DELGADO MEDINA 79958427 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
Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias.	Valora pacientes en estas dos áreas y cumple a cabalidad sus actividades.	Libro de recibo y entrega de turno.
Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución.	Ejecuta la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades.	Lista de programación de actividades.
Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas.	Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido.	Historia clínica manual.
Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria.	Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria.	Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología.
Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso.	Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso.	Historia clínica manual.
Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares.	Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato.	Sistema de PQRS
Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio.	Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes.	Casos atendidos dentro del turno.
Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes.	Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio.	Listas de asistencia a reuniones del área.
Realizar adecuado uso de los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área (monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación.	Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio.	Informe de equipos biomédicos por el área respectiva.
Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención médica.	Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares.	Historia clínica manual.

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA
79958427
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