DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

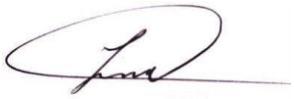
DEBE A:

NOMBRE

JHON MANUEL MARTINEZ GOMEZ

C.C. 1.000.063.390 DE BOGOTA.

La suma de **$2.911.524** por concepto de: Prestar servicios asistenciales como **MEDICO GENERAL** en el servicio de urgencias **USS PATIO BONITO**, durante el periodo del **15** al **31** de ENERO del **2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 6093-2024**



JH0N MANUEL MARTINEZ GOMEZ

C.C. 1.000.063.390 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 4923700027

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	1000063390	JHON MANUEL MARTINEZ GOMEZ		Tv 97 a # 2 70	3006682068	jhonmanuelmartinezgomez@gmail.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	
2024-12	2024-12	I	30/12/2024	83015262	$1.003.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	405.600	0		0		0	0	0	0	405.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	519.100	0	0	0	0	0	0		519.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	79.100				79.100	0	0	79.100			791	79.100	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	405.600	405.600
Pensión	1	519.100	519.100
Riesgos Laborales	1	79.100	79.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.003.800	1.003.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000063390	JHON MANUEL MARTINEZ GOMEZ		Tv 97 a # 2 70	3006682068	jhonmanuelmartinezgomez@gmail.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	
2024-12	2024-12	I	30/12/2024	83015262	$1.003.800	

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	1000063390	MARTINEZ GOMEZ JHON MANUEL	59	0			N																	230201	3.244.269	519.100	0	0	0	0	EPS010	3.244.269	405.600	14-23	3.244.269	3	79.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1000063390	MARTINEZ	GOMEZ	JHON	MANUEL	2024-12	EPS SURA	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS SURA	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

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:	Jhon manuel martinez gomez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000063390	
CORREO ELECTRONICO:	jhonmanuelmartinezgomez@gmail.com				CELULAR:	3006682068	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG CONSULTA URGENCIAS USS 71 PATIO BONITO				SEDE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU55B01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	492370002700				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6093			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	74228	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-11-01		2024-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,446,946				
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:	$25,976,579
VALOR EJECUTADO	$25,976,579
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,446,946
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
81704070	$2,578,778	$322,347	$412,605	3	$62,819	$797,771

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

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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 las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se realizan las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del pacient	se cumplen con los prtocolos para amanejo y cuidado de pacientes
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se cumplen con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica d los pacientes	se diligencia completamente la historia clinica en el aplciativo
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	se realiza diligencimianto de bases de datos de las atenciones diarias en la Unidad (Drive e Informe	se lleva registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion
llevar registro de atencion de los procedimientos, actvidades e intervenciones, asi como mantener actualziados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	• se cumplen con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	se diligencia completamente la historia clinica en el aplciativo
cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la hisotria clinica	se participa en la programacion	se cumple con las horas establecidas y se participa en la actividades de desarrollo de la Unidad
participar en la programacion de actividades del area participar en la programacion de actividades del area	• se reporta los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	se diligencia y reporta fichas de notificaciones establecidad por la Red
reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	se notifican las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	se participa en los analisis de casos que se presenten en la Unidad
notificar las fallas de calidad que se presentan en el servicio, participar en los analisis a los que sean convocados e implementar las acciones de mejora definidas por el servicio	se imparten instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	se cumple con los prOtocolos para manejo y cuidado de pacientes
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	te se diligencia legible completamente los formatos	se diligencian en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad
diligenciar en forma adecuada los formatos o intrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	se diligencian el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	• se practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	se realiza controles a los pacientes que generan atencion
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	se informa al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	se informa su condicion tanto al pcienter como al familiar
informar al paciente y a su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	se emiten conceptos medicos que se le requieran	mesualmente se particpa en las UAT establecidas por
emitir conceptos medicos que se le requieran	se cumplen con los protocolos y normas establecidas	se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred
apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred	se elabora informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique cumplimento	se realiza informe de gestion mensual donde se notifica las actividades realzaidas del mes
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	se realiza entrega de turnos con los elementos encargados	• se responde por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato
elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique cumplimento	se diligencia el consentimiento informado acorde al procedimiento	se diligencia los consetimientos de cada procedimiento a realizar
responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	se participa en las jornadas de capacitacion, einduccion, equipos de mejoramiento de acreditacion , reuniones	se participa en las actividades establecidas por la red, (UAT.ULC.CONVERSATORIOS,ANALISIS DE CASOS, CAPACITACIONES
participar en las jornadas de capacitacion, einduccion, equipos de mejoramiento de acreditacion , reuniones y eventos a los cuales sean convocados	se apoya a la subred a las actividades que demande según requermientos insititcuinales y extrainstitucionales	• se participa en las actividades establecidas por la red, (UAT.ULC.CONVERSATORIOS,ANALISIS DE CASOS, CAPACITACIONES

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

conocer y dar cumplimjento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de lso mismos	• se registra las actividades realziadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema d einformacion de la subred	• se realizan informes de gestion
apoyar a la subred a las actividades que demande según requermientos insititcuinales y extrainstitucionales	se realiza supervision de los contratos para los que se ha designado	se realiza entrega d actividades al lider de la unidad
realziar supervision de los contratos para los que se ha designado se realizan informes de gestion	se realiza supervision de los contratos para los que se ha designado	se realiza entrega d actividades al lider de la unidad
entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones, y riesgos profesionales mensualmente	se entrega la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones, y riesgos profesionales mensualmente	se realiza entrega de planilla de pago de seguridad social
realziar las dmas actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato	• se entrega la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones, y riesgos profesionales mensualmente	• se realiza entrega de planilla de pago de seguridad social
realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para manejo de patologias establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente	• se entrega la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones, y riesgos profesionales mensualmente	• se realiza entrega de planilla de pago de seguridad social

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
52705161
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