| 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: | leonardo Isaacs Oñate JImenez | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 77160609 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | onatico@yahoo.com | | | | CELULAR: | 3143601439 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | QUIRURGICO ORTOPEDIA BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | B035C11 | 40 | B035A25 | 30 | BO35B04 | 20 | B035I02 | 10 | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 6800486638 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2360 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 217 | FECHA | 2025-01-24 10:07:36.000 | NÚMERO DE CRP | 16234 | FECHA | 2025-02-03 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- ORTOPEDISTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-03-01 | | 2025-03-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $14,060,748 | | | | |
| 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: | $67,058,952 |
| VALOR EJECUTADO | $28,121,496 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $14,060,748 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $38,937,456 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 42% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7958294195 | $5,624,299 | $703,037 | $899,888 | 3 | $137,008 | $1,739,933 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN
80423600
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. Atender Agenda de Consulta Externa de la Subred Sur Occidente- donde se encuentre programado | Se realiza en su totalidad la consulta externa programada en la sede correspondienteSe realiza en su totalidad la consulta externa programada en la sede correspondiente | Evidencia registrada en planilla de turnos y programacion Agenda. Cumplida |
| 2. Atender y Manejar integralmente los procedimientos quirúrgicos y traumas en general incluyendo Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización Cirugía programada y de Urgencias a pacientes con lesiones musculo-esqueléticas.(Pediátrica-Adulto) | Se atiende y se da manejo integral a los procedimientos quirurgicos de cirugía programada, urgencias y traumas en general en la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, según necesidades del servicio | Registros en la Historia Clínica de la atención del paciente con lesiones muscoloesqueleticas y manejadas integralmente de acuerdo a su patología.Seguimiento al estado de salu d que se lleva con responsabilidad seguridad y eficacia. |
| 3. Brindar atención al paciente que ingresa por Urgencias con lesiones musculo-esquelitas, definir conducta, continuar seguimiento al procedimiento o atención efectuada, hasta la evolución de egreso del paciente, junto con el equipo de trabajo por Ortopedia y Traumatología. | Se Brinda atención oportuna, eficiente y eficaz al paciente que ingresa a la Unidad de servicios de salud Occidente de Kennedy, con lesión musculoesqueletica quien es valorado por la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, para decidir conducta. | Registros realizadas en la Historia Clínica, Evolución diaria, notas de procedimientos, descripciones QX,valoración a pacientes programados en conulta Externa y actas de Juntas Quirúrgicas; dando cumplimiento y cubrimiento total. |
| 4. Realizar por el Médico tratante seguimiento al procedimiento o atención efectuada, hasta la evolución satisfactoria del paciente, junto con el equipo de trabajo. | Atención oportuna en las diferentes áreas del Hospital, procedimientos especiales a pacientes que lo requieran tanto para establecer diagnósticos como para dar tratamiento integral hasta su evolución. | Atención integral al paciente junto con el equipo de trabajo de acuerdo a las urgencias presentadas durante el turno y Turno Administrativo, Junta Quirúrgica, Revista Médica y Turnos de fin de semana y nocturnos. |
| 5. El objeto de este contrato es realizar la prestación del Servicio de Ortopedia y Traumatología en Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización y realizar atención quirúrgica cuando se requiera de manera eficaz, efectiva y eficiente cumpliendo con los requisitos esenciales de calidad. | Se Brinda atención oportuna, eficiente y eficaz al paciente que ingresa a la Unidad de servicios de salud Occidente de Kennedy, con lesión musculoesqueletica quien es valorado por la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, para decidir conducta. | Registros realizados en la Historia Clínica, Evolución diaria, notas de procedimientos, Interconsultas, descripciones QX,valoración a pacientes programados en conulta Externa y actas de Juntas Quirúrgicas; dando cumplimiento y cubrimiento total. |
| 6. Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores Institucionales para realizar la prestación del servicio, | Buena disposición y actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio. | Se presta un servicio efectivo y profesional, con empatia, buena comunicación y mantener alto Nivel de conducta profesional. |
| 7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el Código de Ética Médica y todas las disposiciones legales pertinentes e informar al paciente y su familia sobre condición, plan de manejo y atención del mismo. | Se cumple con el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidor en el área de la salud debo atender, respetando los derechos del paciente y necesidades presentadas en Ortopedía y Traumatología | Prestar atención médica y respetar la vida, la dignidad humana, la autonomía y los derechos del paciente.Ejercer con conciencia, honestidad, integridad y responsabilidad |
| 8. Participar en las actividades clínicas, Docentes, Investigativas y / o Administrativas en las que el Hospital Kennedy requiera de su intervención. Así como asistir en forma obligatoria a la Junta General del servicio los Miércoles. | Se participa en las actividades clínicas, docentes, Junta Quirúrgica y/o administrativas en las cuales el Hospital requiera de su intervención. | Participación en las actividadesclínicas, docentes, investigativas y administrativas y asistencia a la JQ X todos los miércoles con direccionamiento al personal en formación |
| 9. Llenar a cabalidad los formatos establecidos para los registros correspondientes en la Historia Clnica, reportes de estudios de acuerdo con las normas legales, los procedimientos de Auditoria y el manual de Historias Clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. | De acuerdo a la evolución de cada paciente, se establece su diagnóstico para dar tratamiento integral hasta su egreso. | Cumplimiento de Normas de acuerdo al requerimiento de la Subred. |
| 10. Realizar interconsultas que le fueren solicitadas por los diferentes servicios de manera oportuna buscando solución pronta de la patología que aqueja al paciente. | Todas las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios del Hospital las respondí de manera oportuna buscando la solución pronta de la patología que aqueja al paciente. | Quedan resueltas, para trámite a seguir |
| 11. Ejecutar la Revista Médica de Ortopedia y Traumatología en el área de Hospitalización y Urgencias | Se pasa por las áreas descritas realizando la Revista Médica con el equipo de Ortopedia | Realización de la Revista Médica por los Servicios de Ortopedia a los paciente con lesiones musculoesqueleticas |
| "12. Anexar la constancia de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud , Pensiones y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contrato mensualmente." | Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato | Entregar planillas de pago al SGSSS y Factura Eléctronica Del mes certificado |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN
80423600
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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 77160609 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LEONARDO ISAACS ONATE JIMENEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 103 A 17-35 | TELÉFONO: | 4728376 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7958294195** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 5 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/03/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1325762901 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 2.558.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 2.558.200** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8301138310 | EPS001 | EPS001-ALIANSALUD S.A. | 1 | $ 1.880.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.880.900** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600073361 | CCF22 | CCF22-COLSUBSIDIO | 1 | $ 90.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 90.300** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 366.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 366.600** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 4.880.400** |
| **VALOR MORA:** | **$ 15.600** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 4.896.000** |

Planilla Pagada

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
6b553bd8cf913ed5ba396ced698e953a55a5da4b8d185c2de71f9efd3524ee30eda31530264fef66985ec021cfcf4e5a

**Número de Factura:** LIOJ-121
**Fecha de Emisión:** 10/03/2025
**Fecha de Vencimiento:** 20/03/2025
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Interbancario
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** OÑATE JIMENEZ LEONARDO ISAACS
**Nombre Comercial:** OÑATE JIMENEZ LEONARDO ISAACS
**Nit del Emisor:** 77160609
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:**O-47
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CL 103 A 17 35 AP 202 BRR CHICO NAVARRA
**Teléfono / Móvil:** 3143601439
**Correo:** ONATICO@YAHOO.COM

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE 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:** CL 9 39 46
**Teléfono / Móvil:** 6013849160
**Correo:** gerencia@subredsuroccidente.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | Precio unitario de venta |
| 1 | 10 | Honorarios Medico Especialista Ortopedia | NIU | 1,00 | $ 14.060.748,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 14.060.748,00 |

### Notas Finales

Honorarios Ortopedia mes de Marzo 2025 según contrato 2360-2025
Linea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**
10/03/2025 14:32:36
**Documento validado por la DIAN:**
10/03/2025 14:32:37
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 14060748 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 14060748 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 14060748 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 14060748 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 14.060.748,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 14.060.748,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 14.060.748,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 14.060.748,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764088657590 Rango desde: 119 Rango hasta: 200 Vigencia: 2025-08-10