

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		laura marcela abella corredor					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1020750324		
CORREO ELECTRONICO:	laumard0117@hotmail.com			CELULAR:	6012492991		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		QUIRURGICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10C10	35	KE10B04	35	KE10D01	30	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550008400699768			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	3547		VIGENCIA	2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	5338
				FECHA	2025-01-20 18:10:00.000

OBJETO DEL CONTRATO: MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2025-02-13		2025-02-28

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$4,935,480

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 repercute 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:	\$94,267,668
VALOR EJECUTADO	\$74,032,200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4,935,480
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$20,235,468
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	79%

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
84006630	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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
1 Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Manejo integral a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de cuidado al paciente del Servicio	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	Cumplimiento adecuado en los registros de la Historia Clínica, acorde al manejo ético legal.	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	Se llena a cabalidad los formatos establecidos para los registros correspondientes en la Historia Clínica, de acuerdo a normas legales.	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.	Asistencia y participación de actividades del servicio	Participación en cada programación.
5 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Se reporta eventos de notificación obligatoria, cuando se presentan	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.	Notificación, participación de análisis según se convoque	Implementación de acciones de mejora si se requiere
7 Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Se imparte instrucciones requeridas al equipo de salud para atención continua del paciente	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.	Se realiza con adecuado criterio de legalidad, oportunidad e integridad cada registro en los formatos Institucionales	Diligenciamiento óptimo dado al paciente desde que ingresa hasta su salida
9 Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Como norma se realiza y se diligencia el Consentimiento Informado	Verificando el procedimiento a realizar
10 Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Realizo el seguimiento de acuerdo al estado del paciente	Seguimiento a diario durante su hospitalización
11 Informar al paciente y su familia sobre la condición del paciente, plan de manejo y atención.	Se Brinda información oportuna, eficiente y eficaz a los acompañantes del paciente que ingresan al Servicio y esta al cuidado del equipo	Integralidad en la información dada a los familiares de los pacientes a nuestro cuidado
12 Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Preste la debida Atención a pacientes que requieren procedimientos esenciales y especiales	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.	Cumpliendo con las normas del Sistema de Garantía de la Calidad acorde a lo establecido por la Subred	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	Elaboración de informe de actividades prestadas a los pacientes que ingresan al Servicio	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.	De acuerdo a las jornadas de capacitación requeridas por la subred.	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.	Se cumple lo estipulado con las actividades contractuales realizadas	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.	Cumpli con entregar la constancia de afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, con el que se ejecutara el contrato mensualmente.	Entrego planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020750324	LAURA MARCELA ABELLA CORREDOR		TRANSVERSAL 22 A 60 37	2100478	laumard0117@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-08	2024-08	1	02/09/2024	79918652	\$2.794.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.093.800	0		0		0	0	0	0	1.093.800	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	1.400.000	0	0	43.800	43.800	0	0	0	1.487.600	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	213.200				213.200	0	0	213.200			2.132	213.200	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	1.093.800	1.093.800
Pensión	1	1.487.600	1.487.600
Riesgos Laborales	1	213.200	213.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.794.600	2.794.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020750324	LAURA MARCELA ABELLA CORREDOR		TRANSVERSAL 22 A 60 37	2100478	laumard0117@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	02/09/2024	79918652	\$2.794.600		

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1020750324	ABELLA CORREDOR LAURA MARCELA	59	0			N																	25-14	8.750.000	1.400.000	0	0	43.800	43.800	EPS005	8.750.000	1.093.800	14-11	8.750.000	3	213.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Espacio para
Logo Corporativo

**LAURA MARCELA ABELLA
CORREDOR**
NIT 1.020.750.324-2
TV 22 A 61 C 12
Tel: (601) 2492991
Bogotá - Colombia
laumard0117@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. MDC 30

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE		
NIT	900.959.048-4	Teléfono	(601) 0000000 - Ext. 000
Dirección	CALLE 9 N 39 - 46	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	19/09/2024, 15:15
Expedición	19/09/2024, 15:15
Vencimiento	19/09/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS MEDICO ESPECIALISTA SUBRED SUROCCIDENTE	42.00	3,454,836.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Tres millones cuatrocientos cincuenta y cuatro mil ochocientos treinta y seis pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 3,454,836.00

Observaciones:

No responsable de IVA, servicios profesionales personales
Honorarios médicos especializados del 01 al 11 de Septiembre según contrato 3547-2024

Total Bruto	3,454,836.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	3,454,836.00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764072978131 aprobado en 20240613 prefijo MDC desde el número 23 al 10000 Vigencia: 6 Meses**

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 0a271127af900af8c20cfd2ad931fecca65787bd732c4409fd50c0e0555022a0b2a1740627532f7cb4cac7a57c1ce9c5