

					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:					Luz Herrera										
TIPO DE DOCUMENTO:					C.C		X		C.E		No.		40394385		
CORREO ELECTRONICO:					luzrhh6401@hotmail.com					CELULAR:		3202725261			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:					A D RADIOLÓGICA HOSPITAL BOSA					SEDE:		SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo		%											
		BO37L02		100											
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A					TIPO DE CUENTA:		AHORRO						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA					570098470004650					PENSIONADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO			5459			VIGENCIA			2024						
NÚMERO DE CDP		1922		FECHA		2024-08-30 15:03:55.000		NÚMERO DE CRP		56746		FECHA		2024-08-31 22:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGO													
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL					
						2024-09-01									
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$19,143,000									
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:								\$136,093,968							
VALOR EJECUTADO								\$81,727,848							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$19,143,000							
VALOR A LIBERAR								\$0							
SALDO POR EJECUTAR								\$54,366,120							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								60%							
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			
80385034-80420390		\$5,819,472		\$727,434		\$931,116		3		\$141,762		\$1,800,312			
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.															
VANESSA MORALES HOYONES 52078629 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 su especialidad.	1). Intervenir en la realización del estudio de tomografía simple y contrastada durante su jornada laboral, realizando los estudios especiales de radiología bajo control fluoroscopia (radiaciones ionizantes) de los pacientes de los servicios de urgencias, hospitalizados y pacientes ambulatorios y realización de ecografías convencionales y especializadas.	1). Realizar en la Plataforma de Dinámica de la Subred Sur Occidente, el diagnóstico y detalles de los estudios realizados a cada paciente atendido. (ecografías, estudios especiales e interconsultas). Realizar la supervisión de las tomografías tomadas por los tecnólogos de tomografía y rayos x. Autorización y verificación para la toma de los estudios de tomografía como supervisor del contrato diariamente. Las actividades se realizaron según programación de agendas para ecografía, tomografía, estudios especiales de tomografía y radiología, la atención de urgencias, hospitalización y UCIS, así como remitidos de otras unidades de la SUB RED. Turnos de fines de semana y festivos según programación. Se anexan programación de turnos de los meses correspondientes a la ejecución del contrato. "
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	2). Mantener la confidencialidad de lo consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes de las Imágenes Diagnósticas realizadas e interpretadas.	2). Estas actividades se realizan según los protocolos de ética médica y los protocolos de atención de pacientes en imágenes diagnósticas. Son actividades no tangibles, no cuantificables ya que son propias del acto médico "
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). Llevar Diariamente el registro de los procedimientos y estudios realizados, en los RIPS.	3). Estas actividades quedaron registradas en la plataforma DINAMICA HC de cada paciente de acuerdo al estudio solicitado: Ecografías de consulta externa, ecografías portátiles de la UCIS, ecografías de Hospitalización, Urgencias y remitidos de las 44 unidades de la Subred sur occidente
"4). Realizar la supervisión del técnico profesional o tecnólogo de imágenes diagnósticas, a sus actividades de operación de equipo de radiaciones ionizante y adquisición de imágenes"	4). Supervisión de los tecnólogos de imágenes diagnósticas para la realización de estudios de tac, radiología convencional, estudios especiales, con adherencia a los protocolos institucionales y protocolos según tipo de estudio.	4). Supervisión de tecnólogos de imágenes diagnósticas para tac, radiología convencional y estudios especiales, realizando retroalimentaciones periódicas y capacitación continua en servicio.
5) Participar en la programación de actividades del área.	5). Participación de reuniones, capacitaciones físicas y virtuales a las que sea solicitado	5). Se programaron capacitaciones y reuniones a las cuales debí asistir como médico radiólogo cuando fue solicitado mi apoyo y participación en la cuales sucribí el registro de asistencia.
6). Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	6). Reportar en el aplicativo Almera (sucesos de Seguridad del Paciente) cuando ocurran.	6). Cuando ocurrieron en la atención de los pacientes reacciones a medios de contraste y eventos críticos entre otros se consignaron en la respectiva historia clínica y se comunicó al médico tratante
7) 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.	7). Notificación de la verificación de equipos biomédicos solicitar revisión y/o cambios de equipos y accesorios, mantenimientos, notificando las fallas de calidad que se presenten en el servicio cuando ocurran.	7). Cuando ocurre una eventualidad se informa al referente y al equipo biomédico sobre daños en los equipos para su reparación y mantenimiento y su registro quedó en el aplicativo mesa de ayuda
8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	8). Dar instrucciones a su equipo de trabajo (Tecnólogo en Imágenes Diagnósticas y auxiliar de enfermería y transcriptoras), antes, durante y después de la realización de los estudios de Imágenes diagnósticas.	8). Antes, durante y después de la realización de los estudios se dieron instrucciones sobre los distintos estudios a realizar de imágenes diagnósticas
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	9). Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad, con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento.	9). En la historia clínica de cada paciente queda anexo el consentimiento informado para estudios de tomografía contrastada, estudios especiales de radiología e intervencionismo.

10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	10). Diligenciar y firmar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento.	10). En la historia clinica de cada paciente queda anexo el consentimiento informado para estudios de tomografia contrastada, estudios especiales de radiologia e intervencionismo.
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11). Realizar los estudios de tomografía y estudios especiales de radiología que utilicen medio de contraste endovenoso; llamando al paciente para su atención y verificando su estado de salud, evaluando los laboratorios pertinente solicitados para la realización del estudio y conceptuando si es apto para efectuar los estudios, evaluando los riesgos de reacciones adversas al medio de contraste; una vez realizada esta labor, autorizar con su firma y sello la realización del examen solicitado por el médico tratante (Consentimiento Informado).	11). El consentimiento informado queda anexo en la historia clinica, se hace el seguimiento al paciente una vez terminado su estudio y se autorizó su salida del servicio de radiología hacia los diferentes servicios de donde provienen los pacientes
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	12). Informar a los pacientes y su familia de los estudio realizados quedando constancia en consentimiento informado; resaltando que para la realización de los estudios de tomografía y estudios especiales de radiología que utilicen medio de contraste endovenoso y oral el especialista verifica el estado de salud de los paciente, evaluando los laboratorios pertinente solicitados para la realización del estudio y conceptua si es apto para efectuar los estudios, evaluando los riesgos de reacciones adversas al medio de contraste; una vez realizada esta labor autorizar con su firma y sello la realización del examen solicitado por el médico tratante (Consentimiento Informado).	12). Se realizo la revisión de los laboratorios requeridos para la realización del estudio solicitado cuando fue pertinente verificando el estado de salud del paciente y si era apto para la realización del estudio. En caso de no cumplir con los requisitos se canceló, se suspendió o se difirió la realización del estudio"
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	13). Realizar los estudios de tomografía y estudios especiales de radiología, que utilizan medio de contraste endovenoso y oral, una vez sea llamado el paciente para su atención, verificando y su estado de salud y evaluando los laboratorios pertinente solicitados para la realización del estudio y conceptuar si es apto para efectuar los estudios, evaluando los riesgos de reaccion adversas al medio de contraste; una vez realizada esta labor autorizar con su firma y sello la realización del examen solicitado por el médico tratante y con el Consentimiento Informado por el pacientes o su acompañante; interactuar con los médicos de los diferentes servicios para dar su concepto sobre el diagnostico imaginológico que permita la orientación diagnostica para el manejo de la patología del paciente.	13). En caso que los los medicos tratantes soliciten asesoria en la interpretación de los estudios de tomografia y radiología se conceptuó sobre los diagnósticos imaginológicos. Esta actividad se hizo en tiempo real durante la jornada laboral"
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad según requerimiento de la subred.	14). Adherencia a los protocolos de atención establecidos por al Subred	14). Atención con calidad y calidez a los usuarios de los diferentes servicios que asistieron para la realizacion de estudios de imágenes diagnósticas
15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	15). Registrar diariamente los estudios realizados, formulación de medios de contraste, diligenciar aprobar y firmar consentimiento informado para la aplicación de medio de contraste; aprobar y autorizar estudios de tomografia a los pacientes que lo requieran.	15). Registro en las Historias clínicas todos estudios realizados a los pacientes lo cual le consta al supervisor. En la plataforma DINAMICA en FORMULACIÓN MEDICA INTRAHOSPITALARIA, quedaron registrados en todos los casos la formulación de medicamentos para la realización de los estudios para la cual allego copia de tres eventos para evidenciar como queda registrada esa actividad que desarrollé"
16) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	16). Uso adecuado de los equipos y elementos dados para la realización de las actividades y elementos de protección personal con uso racional.	16). En su momento se firmó el recibido de los insumos entregados

17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	17). Firma de asistencia a la reuniones a las cuales sea convocado.	17). Cada vez que sea convocado a capacitaciones, inducciones y reuniones asistí puntualmente y firme el registro de asistencia en los casos en que me fue solicitados ya que en algunas ocasiones no se efectúa el registro de asistencia por ser temas de actuar inmediato para aclarar dudas en los procedimientos.(nunca se nos entrega copia del registro de asistencia)
18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	18). Realizar con adherencia de acuerdo a los procedimientos institucionales los estudios de imágenes diagnosticas	18). Realizar con adherencia los procedimientos institucionales los estudios de imágenes diagnosticas.
19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	19): Realizar con adherencia de acuerdo a los procedimientos institucionales los estudios de imágenes diagnosticas.	19). Realizar con adherencia los procedimientos institucionales los estudios de imágenes diagnosticas.
20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	20). Registrar las actividades de estudios ecográficos y estudios especiales quedando en la Historia Clínica el informe radiológico respectivo de los pacientes; de los cuales quedan las evidencias y registros de acuerdo al tipo de paciente atendido: Ambulatorio de cuerdo a solicitud de cita para realización de los estudios; Urgencias y Hospitalización, con solicitud de Ordenes médicas de los médicos tratantes) y firma en el RIPS.	20). Registrar en DINAMICA en la historias clínicas los estudios de imágenes diagnósticas realizados a los pacientes
21) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	21). Participar cuando sea requerido.	" 21).Firma de Asistencia a reuniones"
22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	" 22). NA"	" 22). NA"
23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	23). Comprobante de pago de la Seguridad Social	23). Entrega Certificacion Mensual, con los soportes
24). Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	24): Adherencia a los instructivos y protocolos de la institución en cada proceso de contratación.	24). Cumplimiento de actividades diarias registradas para establecer eficacia y productividad, para el mes de Marzo de 2024.
<p style="text-align: center;">VANESSA MORALES HOYONES 52078629 Supervisor</p>		
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/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	23/09/2024	80385034	\$1.770.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	622.300	0		0		0	4	1.900	0	624.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	796.500	0	0	0	0	4	2.400	0	798.900	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	346.500				346.500	4	1.100	347.600			3.465	347.600	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	622.300	624.200
Pensión	1	796.500	798.900
Riesgos Laborales	1	346.500	347.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.765.300	1.770.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40394385	LUZ RUBIELA HERRERA BAUTISTA		CL 147 12 80 AP 609 ED GAIA	1111111	luzrhb6401@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-08	2024-08	I	23/09/2024	80385034	10
					TOTAL A PAGAR
					\$1.770.700

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOA	IOB	IOG	IOH	IOI	IOJ	IOK	IOL	CONEXIÓN	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	40394385	HERRERA BAUTISTA LUZ RUBIELA	57	0			N																			230301	4.978.000	796.500	0	0	0	0	EPS005	4.978.000	622.300	14-25	4.978.000	5	346.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
80385034	23/09/2024				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	N	23/09/2024	80420390	\$43.500	

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	15.200	0		0		0	4	100	0	15.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	19.500	0	0	0	0	4	100	0	19.600	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	8.500				8.500	4	100	8.600			85	8.600	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	15.200	15.300
Pensión	1	19.500	19.600
Riesgos Laborales	1	8.500	8.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	43.200	43.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40394385	LUZ RUBIELA HERRERA BAUTISTA		CL 147 12 80 AP 609 ED GAIA	1111111	luzrhb6401@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
80385034	23/09/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-08	2024-08	N	23/09/2024	80420390	\$43.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna excedente	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	40394385	HERRERA BAUTISTA LUZ RUBIELA	57	0			N																		230301	5.100.000	816.000	0	0	0	0	EPS005	5.100.000	637.500	14-25	5.100.000	5	355.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Espacio para
Logo Corporativo

LUZ RUBIELA HERRERA BAUTISTA
NIT 40.394.385-6
CL 147 12 80 AP 609 ED GAIA
Tel: (031) 8876699
Bogotá - Colombia
luzrhb6401@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. FE 136

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E S E		
NIT	900.959.048-4	Teléfono	(031) 4546800
Dirección	CALLE 9 39 46	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	21/09/2024, 21:05
Expedición	21/09/2024, 21:07
Vencimiento	04/10/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	PRESTACIÓN DE SERVICIOS como Médica especialista en Radiología App Bosa Durante el periodo 01 al 30 de septiembre de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. 5459 - 2024	1.00	19,143,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Diecinueve millones ciento cuarenta y tres mil pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Transferencia Débito - Pago a crédito - Cuota No. 001 \$ 19,143,000.00
vence el 2024-10-04 por

Observaciones:
Regimen Simple de Tributación

Total Bruto	19,143,000.00
Total a Pagar	19,143,000.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

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 18764077729285 aprobado en 20240822 prefijo FE desde el número 129 al 1000 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8691 Actividades de apoyo diagnóstico Tarifa 0
CUFE: 7300722a4809adc9cd8edd533345231304656cc236e09443753694201ca141498f32a6cae5ef62fb033116be10a05d6