Secretaria 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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ARMANDO ARTURO ARANGO HERNANDEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	72.221.802							
CORREO ELECTRONICO:	armandoarango@hotmail.com				CELULAR:								
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO08A10	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	Bancolombia				TIPO DE CUENTA:	ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	03036039387								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	495-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1			
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	2021-01-08	NÚMERO DE CRP	10986	FECHA	31/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO GENERALdentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2021		28	2	2021		
VALOR HORA:	$30.156									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		$0					

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:	$16.257.888
VALOR EJECUTADO	$5.609.016
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.609.016
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$10.648.872
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	35%

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 **$2.271.315** , 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9416149180	$2.167.718,00	$270.965	$346.835	$3	$52.806	**$670.605**

Dado en Bogota Febrero del año (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ARMANDO ARTURO ARANGO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**MEDICINA GENERAL**					**Sede: CAPS ZONA FRANCA**				
No. DE CONTRATO:	495-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	2	2.021		28	2	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ARMANDO ARTURO ARANGO HERNANDEZ		**C. C.**		72.221.802		**DE**	barranquilla		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como MEDICO GENERAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X_ NO ____ Servicios: SI __X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Rrealizar las actividades y procedimiento diagnosticos y tera peuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan tintegral del cuidado del paciente	si	Rrealize las actividades y procedimiento diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan tintegral del cuidado del paciente	por medio de la consulta medica se realizo el ejercicio medico profesional usando las herrameintas diagnsoticas con las que secuenta para el cuidado del paciente
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado maneo de la historia clinica de los pacientes	si	cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado maneo de la historia clinica de los pacientes	por medio del registro y archivo adeucado dó la histroia clinica en el sistema de la subred se dio cumplimiento a las exigencias lógales y eticas
llevar registro del atencion de los procedimientos , actividades e intervenciones asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	si	lleve registro del atencion de los procedimientos , actividades e intervenciones asi como mantuve actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	se diligencio adecuadamente la historia clinica y rips para efectos de estadistica , costos y facturacion
cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	si	cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	se realizo diligenciamiento claro de la historia clinica y sus anexos dentro del marco legal y etico
participar en la programacion de las actividades del area	si	participe en la programacion de las actividades del area	participacion activa dentro de las actividades realizadas por la sub red
reportar eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	si	reporte eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la subred	por medio de las herramientoas dispuestas en la intranet y registrofisico se reporto dichos eventos
notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	si	notifique las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	por medio de las herramientoas dispuestas en la intranet y registrofisico se reporto dichos eventos para la mejoria de la calidad en atencion del paciente
impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	si	imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	por medio de los elemnelos y herramientas dispuestas se inidico el manejo al resto del equipo de salud
diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	si	diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	se realizo diligenciamiento claro de la historia clinica y sus anexos con las exiogencias requieridas
diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	si	diligencie el consentimiento informado acorde al procedimiento	se realizo diligenciamiento claro de la historia clinica y sus anexos incluidos los consentimientos informados con las exiogencias requieridas
practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	si	practicipe el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion	en el actomedico de la consulta se dio seguimiento y control a los casos indicados
informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	si	informe al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion	en el actomedico de la consulta se la informacion pertinente al familiary paciente quedando registro en la historia clinica
emitir conceptos medicos que se le requieran	si	emitir conceptos medicos que se le requieran	en el actomedico de la consulta y el ejercicio profesional se dio informacion sobre conceptos requeridos
apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según los requerimientos de la subred	si	apoye el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según los requerimientos de la subred	se dio apoyo activo en las activoidades realcionadas con las mejoras en la calidad de atencion y funcionalidad de la subred
elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que certifique el cumplimiento	si	elabore informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que certifique el cumplimiento	por medio de informe de actividades mensuales se dio conococimineto de las mismas al supervisor correspondiente
responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	si	respondi por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	se hizo entrega de los elementos entregados al personal de seguiridad o de enfermeria según el caso al finalizar las jornadas diarias con el correespondiente registrode los mismos
participar en las jornadas de capacitacion, induccion, equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	si	participe en las jornadas de capacitacion, induccion, equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	acudi y realice registro de la asistencia a las reuniones y capacitaciones realizadas
conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	si	conoci y di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas apoye la implementacion de los mismos	por medio de la asistencia a capacitaciones y del emismo ejercico y registro de actividadesen la historia clinica se da informe y aplicación de los procesos descritos
apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	si	apoye a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	por medio de la asistencia a capacitaciones y del emismo ejercico y registro de actividadesen la historia clinica se da informe y aplicación de los procesos descritos
registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	si	registre las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	por medio del registro y archivo adeucado de la histroia clinica en el sistema de la subred se dio cumplimiento a las exigencias dadas por la subred
entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	si	entrege la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	se reliza entroga fisca de dicha constacioa deafiliacion y pago emsual de dicha obligacion
realizar las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	si	realice las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	fueron aplicacdas según lo describe el contrato y según lo indica el supervisor del mismo

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $5.609.016

ARMANDO ARTURO ARANGO HERNANDEZ

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72221802		ARANGO HERNANDEZ ARMANDO ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr54#137a-09 casa 44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	887929317	9416149180	I	2021/02/02	2021/02/09	BANCOLOMBIA	7	$670,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,167,718	$346,900			$2,167,718	$271,000			$0	$0			$2,167,718	$52,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,167,718	$346,900			$2,167,718	$271,000			$0	$0			$2,167,718	$52,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,167,718	$346,900			$2,167,718	$271,000			$0	$0			$2,167,718	$52,900		$0	$0
1	CC	72221802	ARANGO ARMANDO	Z30901	30	$2,167,718	$346,900	EPS002	30	$2,167,718	$271,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,167,718	$52,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$2,167,718	$346,900			$2,167,718	$271,000			$0	$0			$2,167,718	$52,900		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72221802		ARANGO HERNANDEZ ARMANDO ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr54#137a-09 casa 44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	887929317	9416149180	I	2021/02/02	2021/02/09	BANCOLOMBIA	7	$670,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$346,900	$0	$0	$346,900
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$346,900	$0	$0	$346,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,900	$0	$0	$52,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$52,900	$0	$0	$52,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$271,000	$0	$0	$271,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$271,000	$0	$0	$271,000
TOTAL				1	$670,800	$0	$0	$670,800

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

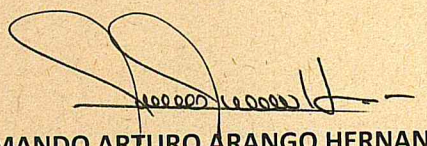
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ARMANDO ARTURO ARANGO HERNANDEZ

C.C 72221802DE BARRANQUILLA

La suma de $5.609.016. Por concepto de: Prestación de Servicios como médico general, en el Área de consulta externa del CAPS zona franca, con un total de 186 horas, valor hora de $30.156, durante el periodo de 1 al 28 de febrero del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 495-2021



ARMANDO ARTURO ARANGO HERNANDEZ

C.C 72221802DE BARRANQUILLA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 03036039387