| 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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1032376489 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | jabeltran@fucsalud.edu.co | | | | CELULAR: | 3214068739 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UCI | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO03J02-CV19 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 004870419860 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2283-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 1 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 30 | FECHA | 8/01/2021 | NÚMERO DE CRP | 12695 | FECHA | 31/01/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 2 | 2021 | | 28 | 2 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS DIARIOS: | $36.309 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES; 276 Horas en Enero, Se cobra 222 horas con ajuste valor hora Covid, según resolución, Se descuentan 36 horas de incapacidad, 252 horas en en el mes de Febrero, se descuentan 30 horas valor $ 36309 de incapacidad.

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $30.690.000 |
| VALOR EJECUTADO | $8.060.598 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $8.060.598 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $22.629.402 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 26% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9416118316 | $5.145.425 | $643.178 | $823.268 | 3 | $125.343 | **$1.591.789** |

Dado en Bogotá a los dias del mes de febrero del año 2021. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

**RODOLFO DUARTE CELY**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | UCI | | | | | **Sede: UNIDAD FONTIBON** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 2283-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 2 | 2021 | | 28 | 2 | 2021 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA | | **CC** | | 1.032.376.489 | | **DE** | bogota | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo al requerimiento institucional.

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. | 100% | Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | 100% | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 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 | 100% | Llevo 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 | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | 100% | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| Participar en la programación de actividades del área. | 100% | Participo en la programación de actividades del área. | CUANDO SE REQUIERA |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | 100% | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred. | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| 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. | 100% | Notifico 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. | CUANDO SE REQUIERA |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | 100% | Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | ORDENES MEDICAS |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 100% | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | 100% | Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento. | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | 100% | Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | CUANDO SE REQUIERA |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | 100% | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | 100% | Emito conceptos médicos que se le requieran. | CUANDO SE REQUIERA |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | 100% | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento | 100% | Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento | CUANDO SE REQUIERA |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | 100% | Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | FORMATO INSTITUCIONAL |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | 100% | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | CUANDO SE REQUIERA |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 100% | Participare en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | CUANDO SE REQUIERA |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 100% | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos. | CUANDO SE REQUIERA |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | 100% | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | CUANDO SE REQUIERA |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | 100% | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | SISTEMA DE INFORMACION |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | 100% | Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado | CUANDO SE REQUIERA |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | 100% | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila) |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | 100% | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | CUANDO LO REQUIERAN |

**OBSERVACIONES:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOTAL A PAGAR** | **$** | 8.060.598 | **OCHO MILLONES SESENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE** |

Julian A Beltran P.

JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA CC. 1,032,376,489

**SUPERVISOR:** RODOLFO DUARTE CELY

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 1032376489 | | BELTRAN PLAZA JULIAN ALFREDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 24A N 81C 74 MODELIA | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4298077 | 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 | 886853772 | 9416118316 | 1 | 2021/02/19 | 2021/02/08 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $1,643,500 |

### LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | $5,145,425 | $874,900 | | | $5,145,425 | $643,200 | | | $0 | $0 | | | $5,145,425 | $125,400 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $5,145,425 | $874,900 | | | $5,145,425 | $643,200 | | | $0 | $0 | | | $5,145,425 | $125,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $5,145,425 | $874,900 | | | $5,145,425 | $643,200 | | | $0 | $0 | | | $5,145,425 | $125,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1032376489 | BELTRAN JULIAN | 230301 | 30 | $5,145,425 | $874,900 | EPS002 | 30 | $5,145,425 | $643,200 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $5,145,425 | $125,400 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $5,145,425 | $874,900 | | | $5,145,425 | $643,200 | | | $0 | $0 | | | $5,145,425 | $125,400 | | $0 | $0 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA
**CC** **1032376489** DE BOGOTA

La suma de $ 8.060.598 , por concepto de:
Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como Medico General durante el periodo del 01 al 28 DE FEBRERO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2283-2021

Julian A. Beltran P.

**JULIAN ALFREDO BELTRAN PLAZA**
**CC** **1032376489** DE BOGOTA
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**
**NUMERO** 004870419860