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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAICOLT RAFAEL RIOS CASTRO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80002203						
CORREO ELECTRONICO:	maikysuroccidente@gmail.com				CELULAR:	3016819066						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DIRECCION DE AMBULATORIOS				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA16B03	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8400713155								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	622-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 7			
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP	30063	FECHA	31/05/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, 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	6	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.132.820									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%			NO					

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:	$8.583.300
VALOR EJECUTADO	$8.583.300
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.132.820
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
51163462	$908.526	$ 113,600	$145.400,000	3	$22.200,000	**$281.200,000**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de JUNIO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NORIDA RAFAELA SEGURA

MAICOLT RAFAEL RIOS CASTRO

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS PABLO VI		Sede: PABLO VI						
No. DE CONTRATO:	622-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Maicolt Rafael Rios Castro		C. C.	80.002.203		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	SI	Llevo un registro de la atencion de los procedimientos , actividades e intervenciones, y mantengo actualizados los informes estadisticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumpliiento de los procesos de costo y facturacion.	SEGUIMIENTOS EN LIBROS
2. Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	SI	Informo al profesional de enfermería (lider) los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.	NO APLICA
3. Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	SI	Retroalimento al supervisor/ lider) dificultades del proceso de atención	NO APLICA
4. Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	N/A	No aplica	NO APLICA
5. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	SI	Cumplo con los elementos de proteccion personal , lavado de manos y protocolos establecidos	SEGUIMIENTO
6. Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	SI	Informo al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atencion, promuevo acciones de humanizacion en la atencion del paciente.	SEGUIMIENTO EN LIBROS
7. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SI	Actas , libros, rayado y seguimientos	ACTAS, LIBRO RAYADO, SEGUIMIENTOS
8. Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	SI	Actas , libros, rayado y seguimientos	ACTAS, LIBRO RAYADO, SEGUIMIENTOS
9. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	SI	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	LIBROS, ACTAS, EVIDENCIAS
10. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	SI	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	ACTAS, LIBRO RAYADO, SEGUIMIENTOS
11. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	SI	Me responsabilizo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato.	REGISTRO INSUMOS
12. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	UAT, ULC, conversatorios y lo que la sub red vea pertinente para la mejora continua de conocimientos.	REGISTRO DE ASISTENCIA
13. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	utilizo los sistemas de notificacion facilitados por la sub red entre ellos la aplicación almmera,tickets, correo electronico y la intranet.	SOPORTES DE ENVIO
14. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	Cumplo con los procedimientos establecidos por la Subred ademas de apoyar la implementacion de los mismos.	ACTAS, LIBRO RAYADO, SEGUIMIENTOS
15. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	SI	Apoyo con el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SEGUIMIENTOS
16.Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SI	Registro actividades realizadas, relacionadas con la prestacion del servicio de acuerdo con el sistema de informacion de la Subred.	SEGUIMIENTOS
17. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	Entrego contancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgo profesionales mensualmente.	SEGUIMIENTOS
18. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SEGUIMIENTOS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR ($ 2,132,820): DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS.

Maicolt Rafael Rios Castro, CC 80.002.203: _____ Firma de recibido supervisor: _____

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 07/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MAICOLT RAFAEL RIOS CASTRO

C.C 80002203 DE BOGOTA

La suma de 2.132.820, por concepto de: prestación de servicios de salud como técnico auxiliar en enfermería durante el periodo de 01 de junio de 2021 al 30 de junio de 2021 por 246 horas de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 622 de 2021

Nombre de contratista

MAICOLT RAFAEL RIOS CASTRO

C.C.80002203 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO 08400713155

DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MAICOLT RAFAEL RIOS CASTRO
No. Identificación: CC80002203
Dirección: CALLE 39 # 78C-35 SUR
Telefono: 5632127
Correo: maikycrow@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 51163462

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MAICOLT RAFAEL RIOS CASTRO
Tipo y número de identificación	CC80002203
Número de planilla	51163462
Fecha pago	2021-06-08
Número de autorización pago	968491
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2021
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	281200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA 51163462

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	145400	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	113600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80002203
APELLIDOS Y NOMBRES: MAICOLT RAFAEL RIOS CASTRO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230201	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información