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	02/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAMILO ANDRES RINCON SUAREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1077969352							
CORREO ELECTRONICO:	camilorincon352@gmail.com				CELULAR:	3015483869							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UCI INTERMEDIO ADULTO COVID				SEDE:	FONTIBON F003							
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	570008480343949									PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2284-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5			
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP	30772	FECHA	31/05/2021			
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	6	2021		30	6	2021		
	$37.580									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	NO APLICA							

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. **MAYO 246 HORAS (180 MAYO + 18 HORAS ABRIL + 48 HORAS ADICIONALES) + 246 HORAS JUNIO (180 HORAS DEL MES + 66 HORAS ADICIONALES JUNIO)**, Para efectos de la Retencion en la fuente me acojo al Articulo 383 del ET.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$48.578.080
VALOR EJECUTADO	$47.302.680
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$9.244.680
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.275.400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97 %

4 HORAS VALOR COVID DEL 7 AL 31 DE ENERO + 18 ADICIONALES DEL 7 AL 31 DE ENERO + 12 ADICIONALES DEL 3 DE ENERO DE 2021

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 $2,271,315,00 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
9420845010 - 9421038544	$3.697.872,00	$462.234	$591.660	3	$90.080	**$1.143.974**

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

Cordialmente;

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CAMILO ANDRES RINCON SUAREZ
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UCI INTERMEDIO ADULTO COVID					**Sede: UNIDAD FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	2284-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	6	2021		30	6	2021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAMILO ANDRES RINCON SUAREZ		**C. C.**		1.077.969.352		**DE**	VILLETA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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 : $ 9.244.680 — **NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS MONEDA CORRIENTE**

			Fecha:
CAMILO ANDRES RINCON SUAREZ	CC	1077969352	RODOLFO DUARTE CELY

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

aportes 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 1077969352		RINCON SUAREZ CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 70 n 69 i 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8123787	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1026799325	9421038544	N	2021/06/15	2021/06/17	BANCO DAVIVIENDA	2	$87,700

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)						$165,000	$63,000			$165,000	$20,700			$0	$0			$165,000	$4,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$165,000	$63,000			$165,000	$20,700			$0	$0			$165,000	$4,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$165,000	$63,000			$165,000	$20,700			$0	$0			$165,000	$4,000		$0	$0
1	CC	1077969352	RINCON CAMILO	25-14	30	($3,480,000)	($556,800)	EPS005	30	($3,480,000)	($435,000)		0	$0	$0	14-11	30	($3,480,000)	($84,800)	0	$0	$0
2	CC	1077969352	RINCON CAMILO	25-14	30	$3,645,000	$619,800	EPS005	30	$3,645,000	$455,700		0	$0	$0	14-11	30	$3,645,000	$88,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$165,000	$63,000			$165,000	$20,700			$0	$0			$165,000	$4,000		$0	$0

PLANILLA PAGADA

 2021/06/17 07:57 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077969352		RINCON SUAREZ CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 70 n 69 i 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8123787	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1017085864	9420845010	I	2021/06/15	2021/06/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,076,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ingret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	ill	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$3,480,000	$556,800			$3,480,000	$435,000			$0	$0			$3,480,000	$84,800			$0	$0		$1,076,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$3,480,000	$556,800			$3,480,000	$435,000			$0	$0			$3,480,000	$84,800			$0	$0		$1,076,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$3,480,000	$556,800			$3,480,000	$435,000			$0	$0			$3,480,000	$84,800			$0	$0		$1,076,600
1	CC	1077969352	RINCON CAMILO							X										25-14	30	$3,480,000	$556,800	EPS005	30	$3,480,000	$435,000		0	$0	$0	14-11	30	$3,480,000	$84,800	0	$0	$0	No	$1,076,600
Total	**Afiliados(1)**																					$3,480,000	$556,800			$3,480,000	$435,000			$0	$0			$3,480,000	$84,800			$0	$0		$1,076,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077969352		RINCON SUAREZ CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 70 n 69 i 21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8123787	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1017085864	9420845010	I	2021/06/15	2021/06/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,076,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$556,800	$0	$0	$556,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$556,800	$0	$0	$556,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$84,800	$0	$0	$84,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$84,800	$0	$0	$84,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$435,000	$0	$0	$435,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$435,000	$0	$0	$435,000
TOTAL				1	$1,076,600	$0	$0	$1,076,600

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2021/06/08 08:20 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900,959,048-4

DEBE A:

CAMILO ANDRES RINCON SUAREZ

C.C. 1077969352 DE VILLETA

La suma de $ 9.244.680 por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO HOSPITALARIO durante el periodo del 1 al 30 de JUNIO de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2284-2021

CAMILO ANDRES RINCON SUAREZ

C.C. 1077969352 DE VILLETA

CUENTA DE AHORROS **BANCO** DAVIVIENDA

Numero 570008480343949

MANEJO DE PACIENTE CRÍTICO - NIVEL PROFESIONAL: Vista: Usuario

Usuario - CAMILO ANDRES RINCON SUAREZ

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
MANEJO DE PACIENTE CRÍTICO - NIVEL PROFESIONAL						
Ahora prueba tus conocimientos dando respuesta a los siguientes interrogantes	12.50 %	10.00	0–10	100.00 %		12.50 %
Ahora prueba tus conocimientos dando respuesta a los siguientes interrogantes	12.50 %	10.00	0–10	100.00 %		12.50 %
Ahora prueba tus conocimientos dando respuesta a los siguientes interrogantes	12.50 %	10.00	0–10	100.00 %		12.50 %
Ahora prueba tus conocimientos dando respuesta a los siguientes interrogantes	12.50 %	10.00	0–10	100.00 %		12.50 %
Ahora prueba tus conocimientos dando respuesta a los siguientes interrogantes	12.50 %	10.00	0–10	100.00 %		12.50 %
Ahora prueba tus conocimientos dando respuesta a los siguientes interrogantes	12.50 %	10.00	0–10	100.00 %		12.50 %