| 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: | DIEGO ALEJANDRO MAHECHA PRIETO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1018457788 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | diego_alejo07@outlook.com | | | | CELULAR: | 3013053079 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | USS FONTIBON | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U.C.I. INTERMEDIA 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: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 91200307408 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2271-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | 3 | | |
| NÚMERO DE CDP | 30 | FECHA | 08/01/2021 | NÚMERO DE CRP | 12743 | FECHA | 31/01/2021 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/ O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRE 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 | 4 | 2021 | | 30 | 4 | 2021 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA | $33.569 | | | | | | | |
| 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. 84 horas mes de febrero servicio UCI + 96 HORAS MES MARZO + 108 horas mes ABRIL. 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: | $22.320.000 |
| VALOR EJECUTADO | $10.208.076 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.625.452 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $12.111.924 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 46% |

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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9418509980 | $1.289.049,60 | $161.131 | $206.248 | 3 | $31.401 | $398.780 |

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

Cordialmente;

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIEGO ALEJANDRO MAHECHA PRIETO
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 | 2 |
| Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | U.C.I. INTERMEDIA ADULTO COVID | | | | | | **Sede: UNIDAD FONTIBON** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 2271-2021 | **Periodo certificado desde el** | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 4 | 2.021 | | 30 | 4 | 2.021 | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | DIEGO ALEJANDRO MAHECHA PRIETO | | **C. C.** | 1.018.457.788 | | DE | BOGOTA | | | | |

**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 AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente. | 100% | Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente. | ENTREGA DE TURNO |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | 100% | Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | 100% | Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención | 100% | Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención | CUANDO SE REQUIERAN |
| 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. | 100% | Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. | ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | 100% | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES |
| 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. | 100% | Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. | 100% | Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio. | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. | 100% | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION |
| 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. | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | 100% | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de 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 las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | CUANDO SE REQUIERA |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 100% | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | CUANDO LO REQUIERAN |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | 100% | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | CUANDO SE PRESENTEN |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 100% | Conoco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 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 LO REQUIERAN |
| 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 |
| 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 (Número y letras):** $ 3.625.452 **TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE**

DIEGO ALEJANDRO MAHECHA PRIETO

C.C. 1018457788

RODOLFO [illegible]

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 1018457788 | | MAHECHA PRIETO DIEGO ALEJANDRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 188 #55-69 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7720873 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-03 | 2021-03 | 951216418 | 9418509989 | I | 2021/04/23 | 2021/04/09 | BANCOLOMBIA | 0 | $1,245,000 |

**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 |
| 1 | CC | 1018457788 | MAHECHA PRIETO DIEGO ALEJANDRO | 230201 | 30 | $3,628,800 | $580,700 | EPS008 | 30 | $3,628,800 | $453,600 | CCF24 | 30 | $3,628,800 | $72,600 | 14-11 | 30 | $3,628,800 | $88,400 | 30 | $0 | $0 |
| 2 | TI | 1011321544 | MAHECHA PRIETO STEFANY | | 0 | $0 | $0 | EPS008 | 30 | $0 | $49,700 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 2)** | | | | | $3,628,800 | $580,700 | | | $3,628,800 | $503,300 | | | $3,628,800 | $72,600 | | | $3,628,800 | $88,400 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $580,700 | $0 | $0 | $580,700 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $580,700 | $0 | $0 | $580,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $88,400 | $0 | $0 | $88,400 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $88,400 | $0 | $0 | $88,400 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $72,600 | $0 | $0 | $72,600 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $72,600 | $0 | $0 | $72,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 2 | $503,300 | $0 | $0 | $503,300 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 2 | $503,300 | $0 | $0 | $503,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $1,245,000 | $0 | $0 | $1,245,000 |



2021/04/09 02:14 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

## NIT: 900.959.048 - 4

DEBE A:

## DIEGO ALEJANDRO MAHECHA PRIETO

C.C. 1018457788 DE BOGOTA

La suma de $ 3.625.452 ,por concepto de prestacion de servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial como MEDICO DE URGENCIAS durante el periodo del 01 al 30 de abril de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestacion de servicios No 2271-2021

DIEGO ALEJANDRO MAHECHA PRIETO

C.C. 1018457788 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS **BANCO** BANCOLOMBIA
**Numero** 91200307408