	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JUAN CARLOS ALVAREZ PONGUTA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1057572856							
CORREO ELECTRONICO:	ponguta77@gmail.com				CELULAR:	3163005656							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10B04	80	KE10I06	20	KE10J0	0							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	004870352160										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1439-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 5				
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP		30067	FECHA	3/05/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO MEDICO INTERNISTA DENTRO 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 INSTITUCION.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	6	2021		30	6	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$11.273.496										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES: SE COBRAN 138 HORAS A VALOR HORA DE 81,692 PESOS POR SERVICIO PRESTADO EN MEDICINA INTERNA (TOTAL: 11´273,496 PESOS)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$79.385.816
VALOR EJECUTADO	$65.449.672
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11.273.496
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$13.936.144
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	82%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7800448461	$7.497.581	$937.198	$1.199.613	3	$182.641	**$2.319.452**

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

DRA. CLARA YOLANDA PRADO GIL
DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS

JUAN CARLOS ALVAREZ PONGUTA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	
		Fecha de aprobación	16/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA		Sede: USS KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	1439	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	21		30	6	21
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JUAN CARLOS ALVAREZ PONGUTA		C. C.	1.057.572.856			DE	SOGAMOSO	

OBJETO DEL CONTRATO: El contrastista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinacion ni relacion laboral alguna, prestara sus servicios y conocimientos como MEDICO INTERNISTA 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
1. Recibir y diligenciar diariamente, a traves de la reunion de entrega de turno, el libro de entrega de turno.	100%	1. Recibi y diligencie diariamente a traves de la reunion de entrega de turno el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuerdo con la programacion de turnos del mismo, bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.	Libro entrega de turnos.
2. Elaborar el listado de pacientes de cada una de las areas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnostico, tratamiento, remision y/o reubicacion en la subred.	100%	2. Elabore listado de pacientes de cada una de las areas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnostico, tratamiento, remision y/o reubicacion en la subred durante el mes a certificar de acuerdo con la programacion de turnos del mismo, bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.	Libro entrega de turnos.
3. Evolucionar y formular ordenes medicas a pacientes según las areas asignadas	100%	3. Evolucione y formule ordenes medicas a pacientes según las areas asignadas durante el mes a certificar de acuerdo con la programacion de turnos del mismo, bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historias clinicas de cada paciente
4. Presentar los pacientes del area asignada al medico internista o especialista pertienente.	100%	4. Presente los pacientes del area asignada al medico internista o especialista pertienente durante el mes a certificar de acuerdo con la programacion de turnos del mismo, bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historias clinicas de cada paciente
5. Participar en las reuniones de juntas medicas pertinentes al area asignada	100%	5. Participe en las reuniones de juntas medicas pertinentes al area asignada durante el mes a certificar de acuerdo con la programacion de turnos del mismo, bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.	Libro entrega de turnos.
6. Coloborar y/o realizar procedimientos medicos pertinentes al area asignada	100%	6, Colobore y realice procedimientos medicos pertinentes al area asignada durante el mes a certificar de acuerdo con la programacion de turnos del mismo, bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historias clinicas de cada paciente
7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado	100%	7. Diligencie los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado durante el mes a certificar de acuerdo con la programacion de turnos del mismo, bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historias clinicas de cada paciente
8. Diligenciar los certificados de defuncion requeridos y pertinentes al area asignada	100%	8. Diligencie los certificados de defuncion requeridos y pertinentes al area asignada durante el mes a certificar de acuerdo con la programacion de turnos del mismo, bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historias clinicas de cada paciente
9. Participar en el proceso de enseñanza, aprendizaje a estudiantes según los convenios docencia servicio con que cuenta la institucion.	100%	9. Participar en el proceso de enseñanza, aprendizaje a estudiantes según los convenios docencia servicio con que cuenta la institucion durante el mes a certificar de acuerdo con la programacion de turnos del mismo, bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.	Libro entrega de turnos.
10. Participar en reuniones de actualizacion programadas por el servicio		10. Participe en reuniones de actualizacion programadas por el servicio con el fin de afianzar nuevos conocimientos sobre temas de interes.	Lista de asistencia
11. Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias de calendario cada mes.	100%	11. Pagaue aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias de calendario cada mes, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parametros eticos y profesionales con los que he sido contratado.	Copia de planilla pagada

OBSERVACIONES: SE COBRAN 138 HORAS A VALOR HORA DE 81,692 PESOS POR SERVICIO PRESTADO EN MEDICINA INTERNA (TOTAL: 11´273,496 PESOS)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 11,273.496 ONCE MILLONES DOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS.

CONTRATISTA: JUAN CARLOS ALVAREZ PONGUTA C.C 1´057.572.856 DE SOGAMOSO	Fecha recibido: Firma recibido supervisor: DRA. CLARA YOLANDA PARDO GIL/DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057572856
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JUAN CARLOS ALVAREZ PONGUTA ALVAREZ PONGUTA ALVAREZ PONGUTA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DG 2B # 82-30 AP: 238	TELÉFONO:	3195339
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7800448461			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/06/08			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1016597700

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 1.280.000	$ 0	$ 0	$ 40.000	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 1.360.000	$ 0	$ 1.360.000
SUBTOTALES:										**$ 1.360.000**	**$ 0**	**$ 1.360.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000.000	$ 0	$ 0	$ 1.000.000
SUBTOTALES:													**$ 1.000.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.000.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 194.900	$ 194.900	$ 0	$ 0	$ 194.900
SUBTOTALES:									**$ 194.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 194.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																															PENSIÓN								SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	/AC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																				ADMIN	TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE
1	CC 1057572856	ALVAREZ PONGUTA JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 8.000.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 8.000.000	$ 1.280.000	$ 40.000	$ 40.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.360.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 8.000.000	$ 1.000.000	$ 0	$ 1.000.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 8.000.000	1057572856	$ 194.900	$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL	$ 2.554.900

Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento	Número de Factura: JA-17	Código Único de Factura - CUFE: de8e8d23564d7fbc3548d8163069415652524867a2eb4ddf90836d66d2b99c8978abbc43803b91fa2439083b2962809e	
Fecha de Emisión	16/06/2021	Fecha de Vencimiento	16/07/2021
Tipo de Operación	Generica	Prefijo	JA
Tipo de Negociación	Crédito	Medio de Pago	Efectivo
Tipo de Entrega			
Datos del Emisor	Nit del Emisor: 1057572856	Razón Social:	ALVAREZ PONGUTA JUAN CARLOS
Nombre Comercial	ALVAREZ PONGUTA JUAN CARLOS		
Tipo de Contribuyente	Persona Natural	Dirección	DG 2 B 82 30 AP 238 IN 10 BRR MARIA PAZ
Régimen Contable	No responsable de IVA	Departamento	Bogotá
Actividad Económica Principal	8621	Correo	ponguta77@gmail.com
Tipo Responsabilidad	R-99-PN	Municipio	Bogotá, D.c.
		Teléfono	3163005656
Datos del Adquiriente	Nit del Adquiriente: 900959048	Razón Social:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Tipo de Documento	NIT	Dirección	CLL 9 39 46
Número Documento	900959048	Departamento	Bogotá
Nombre Comercial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	Municipio	Bogotá, D.c.
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Correo	contactenos@subredsur.gov.co
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	Teléfono	3753569
Tipo de Responsabilidad	O-07		

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			Valor de Venta por Item
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	ICA	INC	
1	85121200-5	servicios prestados como médico especialista en medicina interna mes de junio del 2021	NIU	138,00	$ 81.692,00						$ 11.273.496,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Datos de Referencia

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

FACTURA ELECTRONICA

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	11.273.496,00
Descuentos detalle (-)	$	0,00
Recargos detalle (+)	$	0,00
Subtotal Base gravable (=)	$	0,00
Total impuesto detalle (+)	$	0,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	11.273.496,00
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	$	11.273.496,00

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Numero de Autorización:18764013449027 Rango Autorizado: Desde 14 Rango Autorizado: Hasta 100 Vigencia: 2021-11-19