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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS ESTEBAN MAESTRE CARRILLO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.010.211.587						
CORREO ELECTRONICO:	drlemc@gmail.com				CELULAR:	3192412803						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UCIs				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10B02-CV19	90	KE10J02-CV19	10								
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL DE AHORROS				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	No. 24059258085								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1467-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 DE 7				
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP	35688	FECHA	30/06/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO HOSPITALARIO II dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2021		31	8	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.989.880									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: Se cobra 186 horas a razon de $37,580

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$50.081.280
VALOR EJECUTADO	$49.617.360
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.989.880
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$463.920
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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 IBC 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9423271182	$2.705.760,00	$338.220	$432.922	3	$65.912	**$837.054**

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

Luis Esteban Maestre

ORLANDO ENRIQUE NUÑEZ SOTO
REFERENTE TECNICO UCIS

LUIS ESTEBAN MAESTRE CARRILLO

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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Ubicación del Servicio:	UCIs				**Sede: USS KENNEDY**				
No. DE CONTRATO:	1467-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.021		31	8	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS ESTEBAN MAESTRE CARRILLO		**C. C.**	1.010.211.587		**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 MEDICO HOSPITALARIO II 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 través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno.	100%	1. Recibí y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
2, Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.	100%	2, Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.	100%	3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion 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 área asignada al médico internista o especialista pertinente.	100%	4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion 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 médicas interdisciplinarias	100%	5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Lobro de entrega de turnos
6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.	100%	6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion 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. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion 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 médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.	100%	8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion 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 los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.	100%	9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Lobro de entrega de turnos
10 . Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	100%	Participé en reuniones de actualización programadas en el servicio con el fin de afianzar nuevos conocimientos sobre temas de interés	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 calendario de cada mes	100%	11, Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario del mes a certificr, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parametros eticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($6,989,880) SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE

Luis Esteban Maestre

CONTRATISTA - LUIS ESTEBAN MAESTRE CARRILLO, C.C. No. 1010211587 DE BOGOTA

Firma recibido supervisor ORLANDO ENRIQUE NUÑEZ SOTO - REFERENTE TECNICO UCIS

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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010211587		MAESTRE CARRILLO LUIS ESTEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 13 numero 20-23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	1089616899	9423271182	I	2021/08/20	2021/08/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$837,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$433,000	$0	$0	$433,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$433,000	$0	$0	$433,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$66,000	$0	$0	$66,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$66,000	$0	$0	$66,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$338,300	$0	$0	$338,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$338,300	$0	$0	$338,300
TOTAL				1	$837,300	$0	$0	$837,300

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUIS ESTEBAN MAESTRE CARRILLO

C.C No. 1.010.211.587 DE BOGOTA

La suma de: ($6.989.880) Seis millones novecientos ochenta y nueve mil ochocientos ochenta pesos m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios como Médico Hospitalario II en UCIs de la unidad Kennedy, durante el periodo de 1 al 31 de agosto de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1467-2021

Luis Esteban Maestre

LUIS ESTEBAN MAESTRE CARRILLO

C.C No. 1.010.211.587 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24059258085