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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | BERNARDO ANDRES BARRIOS RAMIREZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 79789612 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | andresbaramirez@gmail.com | | | | CELULAR: | 3007576180 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | USS FONTIBON | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PSICOLOGIA | | | | SEDE: | FONTIBON F003 | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO03B04 | 70 | FO0A18 | 30 | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24103366465 | | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 6458-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1005 | FECHA | 07/07/2021 | NÚMERO DE CRP | 39368 | FECHA | 12/07/2021 | | |
| 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 | |
| | | 12 | 7 | 2021 | | 31 | 7 | 2021 | |
| | $16.860 | | | | | | | | |
| 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. JULIO 117 HORAS. 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: | $1.986.108 |
| VALOR EJECUTADO | $1.972.620 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.972.620 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $13.488 |
| 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 $2,271,315,00 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | $0 | $0 | 3 | $0 | $0 |

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

Cordialmente;

**RODOLFO DUARTE CELY**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**BERNARDO ANDRES BARRIOS RAMIREZ**
**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: | PSICOLOGIA | | | | | Sede: UNIDAD FONTIBON | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 6458-2021 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 12 | 7 | 2021 | | 31 | 7 | 2021 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | BERNARDO ANDRES BARRIOS RAMIREZ | | C. C. | 79.789.612 | | | DE | BOGOTA | | | |

**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 diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cada paciente | 100% | Realice las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | 100% | Cumplo 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 las 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 las 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 |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | 100% | Participo en la programación de las actividades de la Subred,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 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,Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes | 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,Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes | CUANDO SE REQUIERA |
| 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 | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION |
| Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio | 100% | Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio | CUANDO SE REQUIERA |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | 100% | Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | ORDENES MEDICAS |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | 100% | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | SISTEMA DE INFORMACION 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 | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | 100% | Participo 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 de apoyar la implementación de los mismos | SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 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 | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 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 | FORMATO INSTITUCIONAL |
| 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 SE REQUIERA |

**OBSERVACIONES:**

| TOTAL A PAGAR : | $ 1.972.620 | UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS MONEDA CORRIENTE |
|---|---|---|

| | | | Fecha |
|---|---|---|---|
| BERNARDO ANDRES BARRIOS RAMIREZ | CC | 79789612 | RODOLFO DUARTE CELY |

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

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2021

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 79789612 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Barrios Ramirez,Bernardo Andres |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 14/11/2014 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Barrios Ramirez,Bernardo Andres, a los 21 días del mes de julio del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **BARRIOS RAMIREZ BERNARDO ANDRES** identificado(a) con **CC** número **79.789.612** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de enero de 2000 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de junio de 2021.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20210521071B

ARL | sura

Medellín, 16 de julio de 2021

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

## CERTIFICA:

Que BERNARDO ANDRES BARRIOS RAMIREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 79789612 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 13/07/2021 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

## Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C797896122119748416

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 16/07/2021 1.26 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

**DEBE A:**

**BERNARDO ANDRES BARRIOS RAMIREZ**

**C.C. 79789612 DE BOGOTA**

**La suma de $ 1.972.620 por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO durante el periodo del 12 al 31 de JULIO de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6458-2021**

**BERNARDO ANDRES BARRIOS RAMIREZ**

**C.C. 79789612 DE BOGOTA**

CUENTA DE AHORROS **BANCO** BANCO CAJA SOCIAL
Numero 24103366465

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

BERNARDO ANDRES BARRIOS RAMIREZ Identificado con CC 79789612

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina LAS FERIAS, con las siguientes características:

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24103366465 |
| **Fecha de apertura:** | 18 de Diciembre de 2020 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 23 del mes Junio de 2021.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social