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:	DIEGO ARMANDO JAIMES CASTILLO														
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1030592780									
CORREO ELECTRONICO:	andres.topia19@hotmail.com				CELULAR:	3008454500									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS FONTIBON														
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U.C.I 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	10													
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros									
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	446173098									PENSIONADO	No				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2279-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7				
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP	36380	FECHA	30/06/2021				
-	**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	8	2021		31	8	2021			
	$31.862										
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. **180 HORAS MES JULIO + 192 HORAS MES AGOSTO**. 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:	$40.910.808
VALOR EJECUTADO	$40.528.464
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.117.504
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$382.344
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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9423297361	$2.294.064,00	$286.758	$367.050	3	$55.883	**$709.692**

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

Cordialmente;

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIEGO JAIMES

DIEGO ARMANDO JAIMES CASTILLO
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:	U.C.I INTERMEDIO ADULTO COVID					Sede: UNIDAD FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	2279-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	8	2024		31	8	2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIEGO ARMANDO JAIMES CASTILLO		C. C.		1.030.592.780		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 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 clinica 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 estadisticos 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%	Elaboraré 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 :	**$ 6.117.504**	**SEIS MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL QUINIENTOS CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE**

			Fecha:
DIEGO ARMANDO JAIMES CASTILLO	CC	1030592780	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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030592780		JAIMES CASTILLO DIEGO ARMANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 79 No. 33a 33 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5767867	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	1090778429	9423297361	I	2021/08/19	2021/08/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$710,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	ill	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$2,294,737	$367,200			$2,294,737	$286,900			$0	$0			$2,294,737	$55,900		$0	$0		$710,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$2,294,737	$367,200			$2,294,737	$286,900			$0	$0			$2,294,737	$55,900		$0	$0		$710,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$2,294,737	$367,200			$2,294,737	$286,900			$0	$0			$2,294,737	$55,900		$0	$0		$710,000
1	CC	1030592780	JAIMES DIEGO									X									25-14	30	$2,294,737	$367,200	EPS008	30	$2,294,737	$286,900		0	$0	$0	14-11	30	$2,294,737	$55,900	0	$0	$0	No	$710,000
Total Afiliados(1)																							$2,294,737	$367,200			$2,294,737	$286,900			$0	$0			$2,294,737	$55,900		$0	$0		$710,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030592780		JAIMES CASTILLO DIEGO ARMANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 79 No. 33a 33 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5767867	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	1090778429	9423297361	I	2021/08/19	2021/08/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$710,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$367,200	$0	$0	$367,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$367,200	$0	$0	$367,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$55,900	$0	$0	$55,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$55,900	$0	$0	$55,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,900	$0	$0	$286,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$286,900	$0	$0	$286,900
TOTAL				1	$710,000	$0	$0	$710,000

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2021/08/10 06:35 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 ARMANDO JAIMES CASTILLO
C.C. 1030592780 DE BOGOTA

La suma de $ 6.117.504 por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO durante el periodo del 1 al 31 de AGOSTO de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2279-2021

DIEGO JAIMES

DIEGO ARMANDO JAIMES CASTILLO
C.C. 1030592780 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS **BANCO** BBVA
Numero 446173098