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:	MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1136880270						
CORREO ELECTRONICO:	miltondherrera@gmail.com				CELULAR:	3153815645						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					UNIDAD TINTAL							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACION				SEDE: KE 11	KE11						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11A13	90%	KE10A13	10%								
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	781882434308								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2052-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 8			
NÚMERO DE CDP	1308	FECHA	24/08/2021	NÚMERO DE CRP	45481	FECHA	31/08/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2021		30	9	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$10.421.001									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							
OBSERVACIONES:										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$124.407.414
VALOR EJECUTADO	$117.048.254
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10.421.001
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7.359.160
PORCENTAJE DE EJECUCION	94%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9424780171	$5.844.355	$730.544	$935.097	3	$142.368	**$1.808.010**

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

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

MILTON DAVID HERRERA 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	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	HOSPITALIZACION - CONSULTA EXTERNA - PEDIATRIA		**Sede:** KE11							
No. DE CONTRATO:	2052-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	9	2.021		30	9	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ		**C. C.**	1.136.880.270			**DE**	BOGOTÁ		

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 Médico especialista en genetica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en Urgencias pediatricas, Hospitalizacion pediatrica, Unidad de cuidados intensivos pediatricos - UCI Neonatal cuando se requiera. El seguimiento por procedimiento debe ser realizado por el medico tratante hasta la evolución satisfactoria.	SI	Se realizaron en cumplimiento los procxedimientos pactados con el fin de determinar diagnosticar y tratar patologias renales en los distintos servicios del Hospital Occidente de Kennedy y el Hospital Tintal	Nota de evolucion y seguimiento asi como interpretacion e indicaciones terapeuticas, soporte con formato de interconsultas
Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello	SI	Se garantizo un adecuado proceso de registro de los estudios paraclinicos, datos del paciente, y demas items de la historia clinica	Nota de evolucion y seguimiento asi como interpretacion e indicaciones terapeuticas, soporte con formato de interconsultas
Realizar interconsultas que le fueren solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solución pronta de la patologia que aqueja al paciente	SI	Se realizo registro de las interconsultas con analisis pormenorizado y con terapeutica planteada en cada caso	Formatos de interconsultas con respuesta e indicaciones
Anexar la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos Profesionales con el que se elecutara el contarto mensulamente.No obstante lo anterior, el	SI	se realiza pago de parafiscales para soportar valor de cuenta de cobro	Planilla de pago de parafiscales
Brindar atención clínica a los pacientes que de forma ambulatoria acuden a recibir atención médica con sospecha de patología endocrina primaria o secundaria, a través de la consulta externa para su adecuado seguimiento y tratamiento.	SI	se realiza atencion ambulatoria en consulta externa en el Hospital Tintal	Planillas de asistencia y citacion a consulta externa
Elaboración de planes y guias de atención clínica en Endocrinología pediátrica para la subred suroccidente	SI	Se realiza extracción de recomendaciónes y priorización de recomendaciones de guía de enfoque de talla baja en pediatría	Formato de recomendaciones y de priorización de recomendaciones para guías de manejo subred suroccidente
Educación a la comunidad en patologías del área de Endocrinología pediátrica	SI	Se realiza curso de manejo de diabetes mellitus para pacientes del hospital	Nota de evolución donde queda consignada la educación brindada a los pacientes y su familia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $ 10.421.001(Diez millones cuatrocientos veintiún mil un pesos M/CTE)

MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ CONTRATISTA	FIRMA DEL AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E) SUPERVISOR

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

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 1136880270		HERRERA RAMIREZ MILTON DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 68 a no 23-47 int 5 apto 103	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7447678	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1137052814	9424780171	I	2021/09/16	2021/09/20	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	4	$3,065,900

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$9,600,000	$1,632,000			$9,600,000	$1,200,000			$0	$0			$9,600,000	$233,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$9,600,000	$1,632,000			$9,600,000	$1,200,000			$0	$0			$9,600,000	$233,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$9,600,000	$1,632,000			$9,600,000	$1,200,000			$0	$0			$9,600,000	$233,900		$0	$0
1	CC	1136880270	HERRERA MILTON	25-14	30	$9,600,000	$1,632,000	EPS010	30	$9,600,000	$1,200,000		0	$0	$0	14-11	30	$9,600,000	$233,900	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$9,600,000	$1,632,000			$9,600,000	$1,200,000			$0	$0			$9,600,000	$233,900		$0	$0

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento

Número de Factura: FEV-85

Código Único de Factura - CUFE : 46fccf62b0279d041e486623f357ef7561f717cfe47173cdfd45260445be9c190151ed5bab7098d62586f79aaadaac1f

Fecha de Emisión: 20/09/2021
Tipo de Operación: Generica
Tipo de Negociación: Contado
Orden de Compra:

Fecha de Vencimiento: 20/09/2021
Prefijo: FEV
Medio de Pago: Instrumento no definido
Fecha orden de compra:

Datos del Emisor

Tipo de Responsabilidad:R-99-PN
Nit del Emisor: 1136880270
Nombre Comercial: HERRERA RAMIREZ MILTON DAVID

Razón Social: HERRERA RAMIREZ MILTON DAVID

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Actividad Económica: 8699

Teléfono: 3153815645

Dirección: CL 64 10 88 CON PRADERAS DE TIERRA LINDA MZ 4 CA 6
País: Colombia
Departamento: Tolima
Municipio: Ibagué
Correo: miltondherrera@gmail.com

Datos del Adquiriente

Nit del Adquiriente:900959048
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de Responsabilidad:R-99-PN

Razón Social: ESE
Dirección: Cl 9 no 39-46
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio/Ciudad: Bogotá, D.c.
Correo: miltondherrera@gmail.com
Teléfono: 3756579

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			Valor de Venta por Item
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	INC	Bolsa	
1	1	Honorarios profesionales neuropediatría por hora de trabajo	NIU	97,00	$ 107.433,00						$ 10.421.001,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Información Complementaria Extensión

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

MODULO DE HEMOVIGILANCIA : Vista: Usuario

Usuario - MILTON DAVID HERRERA RAMIREZ

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
MODULO DE HEMOVIGILANCIA						
PRETEST	0.00 % (Vacío)	-	0–10	-		0.00 %
POSTEST	100.00 %	10.00	0–10	100.00 %		100.00 %
Total del curso	**-**	**10.00**	**0–10**	**100.00 %**		**-**