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
Codigo	04-02-FO-0002

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C

INFORMACION DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JAVIER HUMBERTO RIVEROS VEGA											
TIPO DE DOCUMENTO	C C	X	C E		NO.	80033491						
CORREO ELECTRONICO	jhriverosv@gmail.com				CELULAR	3213439795						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	KE 10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO	GASTROENTEROLOGIA				SEDE	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A610											
ENTIDAD FINANCIERA	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590298266								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	2585 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 3				
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10799	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO	GASTROENTEOLOGIA									
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2018		31	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$11.832.360									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$39.000.000
VALOR EJECUTADO	$23.806.820
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11.832.360
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$15.193.180
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	61%

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 **$1.953.105**, 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
26535438	$4.732.944,00	$591.618	$757.271	3	$115.295	**$1.464.184**

Dado en Bogotá a los ( ) dias del mes de MARZO del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

Fernando

Dr. Fernando Peñaloza
Med. Interna Gastroenterología
CC. 19.460.074 Bogotá

DR.FERNANDO PEÑALOZA CRUZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

DR.JAVIER HUMBERTO RIVEROS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAGADO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	
NIT	[illegible]	[illegible]	CALLE [illegible]	[illegible]	[illegible]	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD MUNICIPIO	
UNICA	[illegible]			BOGOTA D.C.	BOGOTA	

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NUMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.172.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS018	[illegible]	[illegible]	867.000	0				0	0				

TOTALES PENSIÓN													
Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	[illegible]	NIT[illegible]	482.900			76.000	25.000	0				1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subtotal Cotizacion	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
6108	ARP [illegible]	[illegible]	127.400					0		127.400					

TOTALES CAJAS						
Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	[illegible]	[illegible]	104.500	0			

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0			0
ICBF				
0	0			0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	651.100	651.100
Pensión	1	388.400	388.400
Riesgos Laborales	1	127.400	127.400
CCF	1	104.500	104.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.373.400	1.373.400

compensar.mipanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NIT	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	N

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACION							
SALUD		PENSION		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NUMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
MES	AÑO	MES	AÑO				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ [illegible]

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE			INFORMACION NOVEDADES																								PENSION				SALUD						APORTES			CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres																									Cod. A/P	IBC AFP	TARIFA	Valor AFP	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	AE	IBC AE	TARIFA	Valor AE	Cod. CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
[illegible]	[illegible]	[illegible]																									[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

Ubicación del Servicio	GASTROENTEROLOGIA				Sede	KENNEDY			
No. DE CONTRATO	2585 2018	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	3	18		31	3	2 018
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JAVIER HUMBERTO RIVEROS VEGA		C. C.		80.033.491		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 GASTROENTEROLOGO de la Subred Integrada de Servicios de Salud S.U. Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos SI NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. [illegible]		1. [illegible]	1. soportes de facturas de consulta 2 relacion en el libro de respuesta a las interconsultas actualizado el mes
2. [illegible]		1. [illegible]	1. [illegible]
3. [illegible]	100%	1. [illegible]	1. Chequeo de las novedades en cuanto al seguimiento de los pacientes para procedimientos terapeuticos 2. revision a la programacion de procedimientos especiales a realizar en el servicio
4. [illegible]		1. [illegible]	1. Verificacion de procedimientos realizados en el servicio
5. [illegible]		1. [illegible]	1. Reporte de las novedades a lider de proceso para nuevas tareas

OBSERVACIONES

TOTAL A PAGAR: ($11.832.360) ONCE MILLONES OCHO CIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRES CIENTOSSESENTA PESOS M/C

[illegible]

[illegible]