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:	EDWARD ANDRES INFANTE ORDUY												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018429103							
CORREO ELECTRONICO:	eainfanteo@hotmail.com				CELULAR:	3206270408							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS PORVENIR				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA 34 - A 10	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	458435591								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2475 DEL 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/18	NÚMERO DE CRP	10670	FECHA	31/01/18			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRTIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA 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	3	2108		31	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.680.720									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							
OBSERVACIONES:										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
	$11.042.160
VALOR EJECUTADO	$7.361.440
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.680.720
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.680.720
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4202569736	$1.473.000	$184.700	$236.300	3	$36.000	**$457.000**

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Marzo del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Edward A. Infante

EDWARD ANDRES INFANTE ORDUY
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. SALUD
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS PORVENIR					**Sede: Pablo VI**				
No. DE CONTRATO:	**2475 DEL 2018**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.018		31	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDWARD ANDRES INFANTE ORDUY		**C. C.**		1.018.429.103		**DE**		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION 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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	SI	Adherencia a las guias de amnejo en atención al usuario, seguir lineamientos y relamento interno de la institución	Demanda Inducida; Historia Clinica, Consentimiento informado
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SI	Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clinica	Historia Clinica
3)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	SI	Realizar diagnostico adecuado, registro de la historia clinica y procedimientos para formlar tratamiento seguro y oprtuno	Historia Clinica
4) Participar en la programación de actividades del área.	SI	Participación en las diferentes actividades	Actas de asistencia
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	SI	Diligenciamiento y entrega oportuna de las fichas de notificación	Fichas de Notificación
6) 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.	SI	Reportes de fallas presentadas y acciones realizadas	Aplicativo, reportes y planes de mejora
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	SI	Entrega de información adecuada de la información a todo el equipo de salud	Proceso de Atención
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI	Diligenciamiento completo y adecuado de losdiferentes formatos requeridos dentro del proceso	Historia clinica, actas, consentimiento informado
9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SI	Diligenciamiento acorde, claro y completo del regsitro	Consentimiento Informado
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	SI	Realizar seguimiento seguro y oportuno al paciente y las canalizaciones a los servicios que requiere	Historia clinica
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	Informar de forma clara al paciente y su familia el plan de manejo de su condición de salud	Historia clinica y consentimiento informado
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	SI	Emisión de conceptos medicos acorde a las solicitudes realizadas	Conceptos medicos
13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	Aplicar durante el proceso de atención todos lolinemaientos establecidos y guías de adherencia institucionales	Resultados de Auditoria
14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SI	Entrega de Informes mensuales o periodicos que demuestren la veracidad de las actividades realizadas	Informes
15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	SI	Velar y responder por recursos y adecuado funcionamiento de equipos, bienes, muebles de la institución	Listas de chequeo e inventarios
16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	Asistir a las UAT , ULG, ULC entre otras actividades programadas por la institución	Actas de asistencia
17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	Realizar actividades acorde a los procedimeintos establecidos	Proceso de Atención
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	SI	Participar en las actividades programadas	Actas de asistencia
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SI	Paraticipación en actividades	Actas de asistencia
20) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	N/A		
21) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	Entrega oportuna de los soportes de pago realizados al sistema	Planillas de pago
22) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	Realización de actividades asignadas	Actas de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : TRES MILLONESSEISCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS VEINTE (3.680.720)

Edward A. Infante O.

EDWARD ANDRES INFANTE ORDUY CC 1018429103

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1018429103
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			EDWARD ANDRES INFANTE ORDUY ORDUY
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	KR 87 L 62 SUR 30	TELÉFONO	2754599
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	**4202569736**	TIPO DE PLANILLA					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	marzo	AÑO	2018
DÍAS DE MORA				3					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)				2018/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN				9997968397

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 235.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 235.700	$ 600	$ 236.300
SUBTOTALES:										**$ 235.700**	**$ 600**	**$ 236.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 184.200	$ 0	$ 500	$ 0	$ 184.200	$ 500	$ 0	$ 184.700
SUBTOTALES:													**$ 184.200**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 184.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 35.900	$ 35.900	$ 100	$ 0	$ 36.000
SUBTOTALES:									**$ 35.900**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 36.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																								PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1018429103	INFANTE EDWAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.473.000			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.473.000	$ 235.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 235.700	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.473.000	$ 184.200	$ 0	$ 184.200	14-28-SURATEP-AGRICOLA	30	$ 1.473.000	101842910	$ 35.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 457.000

Planilla Pagada