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	**2**
		Fecha de aprobación	**31/03/2017**
		Código:	**04-02-FO-0002**
		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YEISITH MORALES DIAZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	**X**	C.E		NO.	1143226992						
CORREO ELECTRONICO:	jesyei_88@hotmail.com				CELULAR:	3002356440						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GINECOBSTETRICIA				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A24	70.00%	D05	30%								
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8400713403								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1908-2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**PAGO 4 DE 4**		
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	**NÚMERO DE CRP**	**10100**	**FECHA**	**31/01/18**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**MEDICO HOSPITALARIO I**								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	5	18		31	5	18	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5,306,040								
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA						

OBSERVACIONES: CONTRATO NUMERO 1908-2018

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$21,224,160
VALOR EJECUTADO	$21,224,160
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,306,040
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 $**1.844.293**, 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
8479189629	$2,122,416.00	$265,400	$339,600	3	$51,800	**$656,800**

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

DR. ALEJANDRO RODRIGUEZ	**YEISITH MORALES DIAZ**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	**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:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			**Sede: KENNEDY**						
No. DE CONTRATO:	1908-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2,018		31	5	2,018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YEISITH MORALES DIAZ		**C. C.**	1,143,226,992			**DE**	BARRANQUILLA	

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 **Medico General** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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 asistenciales en el area de ginecología	**si**	1. Realizar las actividades asistenciales en el área de ginecologia	Historia clinica
2. Responder por la atención dispensada a los pacientes asignados durante su permanencia en el servicio	**si**	2. Responder por la atención dispensada a los pacientes asignados durante su permanencia en el servicio	Historia clinica
3.Orientar e ilustrar al personal en información acerca del manejo y/o aspectos administrativos de los pacientes	**si**	3.Orientar e ilustrar al personal en información acerca del manejo y/o aspectos administrativos de los pacientes	Formatos-Historia clinica
4.Conocer aplicar y divulgar los protocolos o guias de manejo en el servicio	**si**	4.Conocer aplicar y divulgar los protocolos o guias de manejo en el servicio	Reuniones y Actas
5. Conocer y poner en marcha el plan de emergencia interna y/o externa cuando se requiere e informar inmediatamente al coordinador del área de urgencias	**si**	5. Conocer y poner en marcha el plan de emergencia interna y/o externa cuando se requiere e informar inmediatamente al coordinador del área de urgencias	Reuniones y Actas
6. Solicitar la interconsulta indispensable y remitir pacientes a la especialidad respectiva de acuerdo a la condicion clinica del mismo y comunicarle del mismo	**si**	6. Solicitar la interconsulta indispensable y remitir pacientes a la especialidad respectiva de acuerdo a la condicion clinica del mismo y comunicarle del mismo	Historia clinica- Formatos de interconsulta
7. Prestar atencion inmediata a través de las rutinas y procedimientos de diagnóstico, tratamiento clinico y quirurgico para asegurar la calidad de la asistencia médica a los pacientes	**si**	7. Prestar atención inmediata a través de las rutinas y procedimientos de diagnóstico, tratamiento clinico y quirurgico para asegurar la calidad de la asistencia médica a los pacientes	Historia clinica
8. Orientar a los pacientes y a la familia sobre los cuidados y procedimientos realizados en las rutinas hospitalarias, asi como en los cuidados después de ser	**si**	8. Orientar a los pacientes y a la familia sobre los cuidados y procedimientos realizados en las rutinas hospitalarias, asi como en los cuidados después de ser dados de alta	Historia clinica
9. Diligenciar la historia clínica de urgencias de todo paciente que ingresa al servicio	**si**	9. Diligenciar la historia clínica de urgencias de todo paciente que ingresa al servicio	Historia clinica
10. Dar a enfermería las ordenes relacionadas con el tratamiento de un paciente	**si**	10. Dar a enfermería las ordenes relacionadas con el tratamiento de un paciente	Historia clinica
11. Registrar y diligenciar el 100% de los formatos requeridos como soporte de facturacion en las actividades médicas realizadas	**si**	11. Registrar y diligenciar el 100% de los formatos requeridos como soporte de facturacion en las actividades médicas realizadas	Historia clinica
12. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato	**si**	12. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato	Reuniones y actas - Historia clinica

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 5.306.040 CINCO MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL CUARENTA PESOS M/CTE

_____

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

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

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

aportes 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 1143226992		MORALES DIAZ YEISITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 70A # 15 - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	35421879	8479189629	I	2018/05/23	2018/05/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$656,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,122,416	$339,600			$2,122,416	$265,400			$0	$0			$2,122,416	$51,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,122,416	$339,600			$2,122,416	$265,400			$0	$0			$2,122,416	$51,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,122,416	$339,600			$2,122,416	$265,400			$0	$0			$2,122,416	$51,800		$0	$0
1	CC	1143226992 MORALES YEISITH	231001	30	$2,122,416	$339,600	EPS016	30	$2,122,416	$265,400		0	$0	$0	14-28	30	$2,122,416	$51,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,122,416	$339,600			$2,122,416	$265,400			$0	$0			$2,122,416	$51,800		$0	$0

2018/05/08 01:30 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

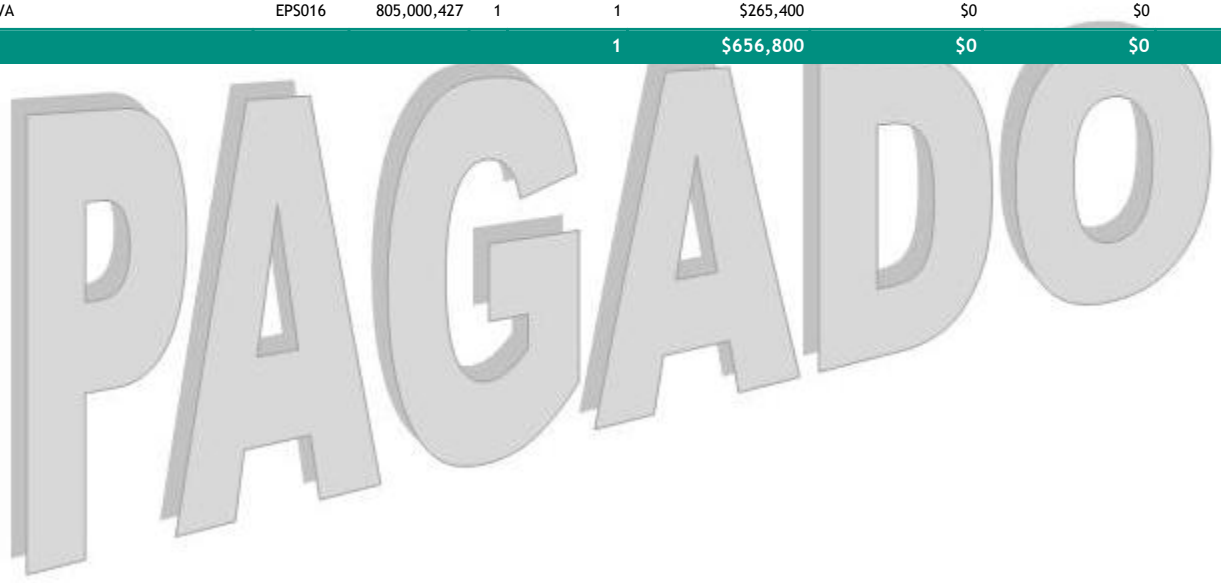
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143226992		MORALES DIAZ YEISITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 70A # 15 - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	35421879	8479189629	I	2018/05/23	2018/05/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$656,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$339,600	$0	$0	$339,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$339,600	$0	$0	$339,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,800	$0	$0	$51,800
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$51,800	$0	$0	$51,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$265,400	$0	$0	$265,400
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$265,400	$0	$0	$265,400
TOTAL				1	$656,800	$0	$0	$656,800



2018/05/08 01:30 PM