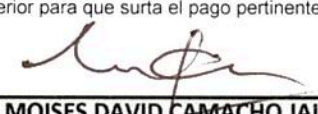


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MOISES DAVID CAMACHO JAIMES										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		79625918					
CORREO ELECTRONICO:		mocamach@hotmail.com				CELULAR:		3143233452				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						Fontibon						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		Urologia				SEDE:		Fontibon				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A20	80%	114	20%								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		008970261122						PENSIONADO		No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2579-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2				
NÚMERO DE CDP		33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		10793	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO UROLOGO ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.										
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
			1	3	2018		31	3	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		Se paga por procedimientos y consultas realizadas										
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:						\$22.500.000						
VALOR EJECUTADO						\$8.895.320						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4.369.500						
VALOR A LIBERAR						\$0						
SALDO POR EJECUTAR						\$13.604.680						
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						40%						
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:												
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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						
8476467633-8478302885	\$3.558.128	\$444.766	\$569.300	3	\$86.676	\$1.100.742						
Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año Dos Mil DIEZ Y OCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,												
 CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 MOISES DAVID CAMACHO JAIMES NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA						

Camacho Jaimes Moises David

Nit:79.625.918-6
Actividad Económica:8512
No sujeta de I.V.A.
Res. DIAN No. 320000957883 del 2012/11/10
Rango del 151 al 500

AUTORIZACION NUMERACION FACTURACION
No. FORMULARIO 18762001024795
FECHA: 2016/10/31
HABILITA DEL 206 AL 500
ACT. ECONOMICA 8621

FACTURA DE VENTA

Nº 234

CARRERA 17 A No.173-25 Casa 13 Doradillas Tel.: 671 18 81 Bogotá,D.C.

FECHA DE FACTURA	5	4	2018	FECHA DE VENCIMIENTO			
CLIENTE	Subred integrada de Servicios de salud Sur Occidente E.S.E.			NIT:	900.959.048-4		
DIRECCIÓN				TELÉFONO:			

DESCRIPCIÓN	VALOR
Por concepto de prestación de servicios como médico especialista de Urología en Unidad Prestadora de Servicios de Fontibón entre el 1-3-2018 y el 31-3-2018	
Consulta	\$ 1.903.900 =
Cirugías	\$ 1.742.600 =
8 HORAS Interconsultas/Urgencias	\$ 578.400 =
2 HORAS Actividades Administrativas Académicas	\$ 144.600 =
SON: Cuatro millones trescientos sesenta y nueve mil quinientos pesos.	

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UN TÍTULO VALOR (ART.772 AL 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO); Y LA LEY 1231 DE 2008.

TOTAL \$ 4.369.500



Recibido

C.C

Fecha:

Ubicación del Servicio:		FONTIBON		Sede: FONTIBON	
No. DE CONTRATO: 2579-2018		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
			1	3	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MOISES DAVID CAMACHO JAIMES		C. C.	79 625 918 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 UROLOGO 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		
1. Realizar consulta externa de urología según agendas programadas con oportunidad y calidad de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Unidad de servicios de Fontibon.	SI	SE REALIZARON 79 CONSULTAS	SE REALIZARON 79 CONSULTAS		
2. Dar respuesta a la interconsulta de UROLOGÍA, derivada de los servicios de Hospitalización y urgencias de la Unidad de Servicios de Salud Fontibon.	SI	SE TRABAJO 8 HORAS EN RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE URGENCIAS Y PACIENTES HOSPITALIZADOS	SE TRABAJO 8 HORAS EN RESPUESTA A INTERCONSULTAS		
3. Realizar los procedimientos quirúrgicos hasta el segundo nivel de complejidad y teniendo como base el Acuerdo 8 del 2009 y el 029 y los procesos establecidos para el servicio de cirugía.	SI	SE REALIZO 8 CIRUGIAS	EN TOTAL SE REALIZARON 7 CISTOSCOPIAS Y 1 VARICOCELECTOMIA		
4. Presentar las hojas de vida de los equipos utilizados, cronogramas de mantenimiento, certificados de calibración y póliza de aseguramiento de dichos equipos.	SI	Al día	Al día		
5. Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente, y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro médico.	SI	SE ELABORO CADA HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LA NORMA REQUERIDA EN CADA JORNADA DE CONSULTA	CADA HISTORIA CLINICA FUE ELABORADA CON LA CALIDAD REQUERIDA SEGUN ESTANDAR DE NORMA		
6. Entregar diariamente los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS), completamente diligenciados de acuerdo a la Resolución 3374 de 2002 y a la Resolución 0951 del 2003 del Ministerio de salud, al área de estadística o quien defina el coordinador del centro.	SI	SE ENTREGARON TODOS LOS RIPS AL FINALIZAR CADA JORNADA DE CONSULTA	CADA RIPS FUE DILIGENCIADO CON LA CALIDAD REQUERIDA SEGUN ESTANDAR DE NORMA		
7. Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia.	SI	SE UTILIZARON LOS CONCEPTOS ANOTADOS EN LAS GUIAS DE MANEJO DEL	SE USARON GUIAS DE MANEJO DEL HOSPITAL		
8. En caso de presentar dificultades para asistir a la consulta programada deberá informar oportunamente al Supervisor del Contrato y garantizar la reprogramación de la Agenda	NO	SE CUMPLIO TODAS LAS AGENDAS PROGRAMADAS SIN	SE CUMPLIERON TODAS LAS AGENDAS PROGRAMADAS		
9. Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio	SI	SE CUMPLIO CON OPORTUNIDAD EN INICIO Y FIN DE JORNADAS DE CONSULTA	SE CUMPLIO OPORTUNAMENTE CON LAS JORNADAS PROGRAMADAS		
10. Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.	SI	SE CUMPLIO CON PLANES DE MEJORAMIENTO	SE CUMPLIO CON PLANES DE MEJORA		
11. Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrarreferencia, manejo integral de residuos, entre otros	SI	SE CUMPLIO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL	SE CUMPLIO NORMAS DE BIOSEGURIDAD, MANEJO		
12. Dar un trato humanizado a nuestro usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integridad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	SI	SE LE DIO UN TRATO HUMANIZADO A TODOS LOS PACIENTES ATENDIDOS	SE CUMPLIO CON DAR TRATO HUMANIZADO, SEGURO Y DE CALIDAD A LOS PACIENTES		
13. Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Unidad de Servicios de Salud Fontibon.	SI	NO HUBO ACTIVIDAD PROGRAMADA	NO HUBO ACTIVIDAD PROGRAMADA		
14. Reportar en forma oportuna al líder del proceso ambulatorio intramural y Subgerencia de Servicios de Salud, los eventos adversos que se presenta en la prestación de servicios como reacciones	NO	NO HUBO EVENTOS ADVERSOS POR REPORTAR	NO HUBO EVNTOS ADVERSOS		
15. Participar activamente en la programación de actividades de su especialidad a las que sea convocado.	NO	NO HUBO CITAS - CONVOCATORIA	NO SE CONVOCO REUNION		
16. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas que la regulan.	SI	SE DILIGENCIARON FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA CUANDO SE REQUIRIO	SE ELABORARON REMISIONES SEGUN ESTANDAR DE CALIDAD		
17. Presentación de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades (No. Consultas realizadas, procedimientos realizados y procedimientos cancelados) copia de RIPS, factura de pago de la consulta externa y soportes de pagos de parafiscales.	SI	SE ENTREGARON TODOS LOS SOPORTES DE CUENTA DE COBRO	SE ENTREGARON TODOS LOS SOPORTES REQUERIDOS A LA CUENTA DE COBRO		
18. Realizar seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo y presentar dentro de los 10 días siguientes el plan de mejoramiento que sea requerido.	SI	SE ATENDIERON CONSULTAS EN ESE SENTIDO	SE CUMPLIERON CITACIONES		
19. Colaborar con el hospital en el desarrollo de los convenios docencia-servicio, que se tengan suscritos y que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de cirugía.	SI	SE REALIZARON ACTIVIDADES DOCENTES CON ESTUDIANTES DE UDCA	SE REALIZARON ACTIVIDADES DOCENTES SEGUN CONVENIOS DEL HOSPITAL		
20. Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad, así como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos.	SI	SE LE DIO EL DEBIDO CUIDADO A LOS EQUIPOS DEL HOSPITAL	SE LE DIO DEBIDO CUIDADO A EQUIPOS DEL HOSPITAL		
21. Participar en la capacitación del personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos propios de su especialidad, tendiente a establecer las causas y soluciones a los problemas de salud	NO	NO HUBO CITACIONES	NO HUBO CITACIONES		
22. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	SI	SE RETROALIMENTARON SISTEMAS DE INFORMACION	SE ACTUALIZARON SISTEMAS DE INFORMACION		
23. Cumplir con los estándares de Acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución.	SI	SE CUMPLIERON ESTANDARES DE ACREDITACION	SE CUMPLIO ESTANDARES DE ACREDITACION		
24. Hacer entrega al área de Ingeniería biomédica los manuales en español de los equipos que suministre el especialista, al igual que el cronograma de mantenimiento preventivo, cronograma de calibraciones para los equipos que lo requieran, reportes de mantenimientos preventivo, reportes de mantenimiento correctivo y reportes de calibración para los equipos que requieran calibración. Todos los documentos se deben mantener actualizados y deben hacerlos llegar antes de realizar procedimiento con estos equipos, o en el momento de ingresar a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud. El incumplimiento podrá generar el no pago de cuentas de cobro o facturas.	SI	SE ENTREGARON MANUALES DE MANEJO DE EQUIPOS	SE ENTREGARON MANUALES DE MANEJO DE EQUIPOS		
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 4.369.500 CUATRO MILLONES TRECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS.					
NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA		Firma del Supervisor			
MOISES DAVID CAMACHO JAIMES CC 79625918		Moises David Camacho Jaimés			
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79625918		CAMACHO JAIMES MOISES DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 17a - 173 - 25 Casa 13 ALAMEDA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6711881	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

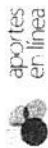
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión	2018-03	8476467633	8476467633	I		2018/03/06	2018/03/06	\$395,300

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	Dias	IBC	Aporte
1	CC 79625918	CAMACHO MOISES	25-14	30	\$1,200,000	\$192,000	EP5001	30	\$1,200,000	\$150,000	CCF72	30	\$1,200,000	\$24,000	30	\$1,200,000	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,200,000	\$192,000			\$1,200,000	\$150,000			\$1,200,000	\$24,000		\$1,200,000	\$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$192,000	\$0	\$0	\$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$192,000	\$0	\$0	\$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$29,300	\$0	\$0	\$29,300
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	\$29,300	\$0	\$0	\$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$24,000	\$0	\$0	\$24,000
COLSUBSIDIO	CCF72	860,007,336	1	1	\$24,000	\$0	\$0	\$24,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$150,000	\$0	\$0	\$150,000
ALIANSA EPS (ANTES COLMEDICA)	EP5001	830,113,831	0	1	\$150,000	\$0	\$0	\$150,000
TOTAL				1	\$395,300	\$0	\$0	\$395,300



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE															
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE	ICBP						
CC 79625918		CAMACHO JAMES MOJES DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 17A 173 25 Casa 13 ALAMEDA	BOGOTÁ BOGOTÁ D.E.	8711881	No							
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION															
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor								
2018 03	7830285	847830285	N	2018-03-06	2018-03-10	35	\$1,407,700								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES															
EMPLEADO				PENSION			SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	Aporte	IBIC	Código	Días	Aporte	IBIC	Código	Días	Aporte	IBIC	Aporte
1	CC 79625918	CAMACHO MOJES	25 14	30	\$1,200,000	\$1,200,000	EP001	30	\$1,200,000	\$1,200,000	14 28	30	\$1,200,000	\$1,200,000	\$0
2	CC 79625918	CAMACHO MOJES	25 14	30	\$484,000	\$484,000	EP001	30	\$484,000	\$484,000	14 28	30	\$484,000	\$484,000	\$0
Total	Afiliados(1)				\$4,000,000	\$4,000,000			\$4,000,000	\$4,000,000			\$4,000,000	\$4,000,000	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES	25-14	900,326,004	7	1	\$692,000	\$19,400	\$0	\$711,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SURYA (ANTES SUBATEP)	14-28	800,256,161	9	1	\$97,400	\$2,700	\$0	\$100,100	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$80,000	\$2,300	\$0	\$82,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
ALIANZA EPS (ANTES COLMEDICA)	EP001	830,113,831	0	1	\$500,000	\$13,900	\$0	\$513,900	
TOTAL				1	\$1,369,400	\$38,300	\$0	\$1,407,700	