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:	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%	C09	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		4				
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	21860	FECHA	30/04/2018			
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 FONTIBÒN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2018		31	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	Se paga por procedimetos 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:	$30.000.000
VALOR EJECUTADO	$15.542.620
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.985.900
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$14.457.380
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	52%

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
8478777500	$1.194.360	$149.295	$191.098	3	$29.095	**$369.487**

Dado en Bogotá en el mes de jun 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

H Cext

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
ACTIVIDAD ECONÓMICA 8621

FACTURA DE VENTA

Nº 238

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

FECHA DE FACTURA	7	6	2018	FECHA DE VENCIMIENTO	D	M	A

CLIENTE: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente 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 1-5-2018 y el 31-5-2018	
Consulta $	2.048.500=
Cirugías $	503.600=
Interconsultas / Urgencias 6 horas $	433.800=

SON: Dos millones novecientos ochenta y cinco mil novecientos 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 $ 2.985.900=

* Retencion 10%.

Recibido

c.c

Fecha:

Impreso por J.González Nit:79400845-0 Cel .:3115589272

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-PO-0003	

Ubicación del Servicio:	FONTIBON						Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO: 2579-2018		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	5	2.018		31	6	2.018			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MOISES DAVID CAMACHO JAIMES		C. C.		79.625.918	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 UROLOGO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar consulta externa de urología según agendas programadas con oportunidad y calidez de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Unidad de servicios de Fontibon.	SI	SE REALIZARON 85 CONSULTAS	SE REALIZARON 85 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 6 HORAS EN RESPUEST A INTERCONSULTAS DE URGENCIAS Y PACIENTES HOSPITALIZADOS	SE TRABAJO 6 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 2 CIRUGIAS	EN TOTAL SE REALIZARON 1 CISTOSCOPIA y 1 CIRUGIA
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 dia	Al dia
5. Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demas 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 SEGÚN 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 SEGÚN 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 s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, 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	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 HUVO 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 REQUUIRIO	SE ELABORARON REMISIONES SEGÚN 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 SOPORETES 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 SEGÚN 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 incumpliento podra 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): $ 2.985.900 DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCOMIL NOVECIENTOS PESOS.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA. MOISES DAVID CAMACHO JAIMES CC 79625918

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 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		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	8478777500	8478777500	I	2018/05/07	2018/04/30	BANCO BOGOTA	0	$395,300

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
1	CC	79625918	CAMACHO MOISES	25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS001	30	$1,200,000	$150,000	CCF22	30	$1,200,000	$24,000	14-28	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$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	CCF22	860,007,336	1	1	$24,000	$0	$0	$24,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$395,300	$0	$0	$395,300

2018/06/05 09:21 PM

Bogotá, junio 7 de 2018.

Señores

SubGerencia de Servicios de Salud, Unidad de Servicios Hospital de Fontibón

Subred Integrada de Servicios de Salud SurOccidente

Reciba un cordial saludo.

Con el presente documento les confirmo para su certificación el tiempo laborado por mí en actividades de urología en CAMI II durante el pasado mes de mayo de 2018.

Se trabajó 1 hora diaria los días 3, 10, 15, 22, 24, y 31. En total 6 horas.

Agradezco su colaboración.

Moisés Camacho

Urólogo, Unidad de Servicios Hospital de Fontibón.

Claudia Benavides
Jefe asistencial.