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 |
| Fecha de aprobación | 15/02/2018 |
| Código: | 04-02-FO-0002 |

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.032.388.393 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | drjuanhernandez1987@gmail.com | | | | CELULAR: | 3213306989 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | MEDICINA INTERNA | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | A11 - KE10 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 67585505568 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5898-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 DE 1 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1672 | FECHA | 16/10/2018 | NÚMERO DE CRP | 43888 | FECHA | 18/10/2018 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO INTERNISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.** | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 18 | 10 | 2018 | | 31 | 10 | 2018 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $5.595.840 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: Se cobran 80 a razon de $69,948 hora

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **VALORES** |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $19.081.814 |
| VALOR EJECUTADO | $5.595.840 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $5.595.840 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $13.485.974 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 29% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **8484458085** | $3.050.000,00 | $381.250 | $488.000 | 3 | $74.298 | **$943.548** |

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

**ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR**
Referente Técnico Medicina Interna Subred Suroccidente

**JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ**

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 |
| Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | MEDICINA INTERNA | | | | | **Sede: USS KENNEDY** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 5898-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 18 | 10 | 2.018 | | 31 | 10 | 2.018 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ | | **C. C.** | | 1.032.388.393 | | **DE** | | | |

**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 INTERNISTA 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. Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno. | 100% | 1. Recibí y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Libro de entrega de turnos |
| 2. Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred. | 100% | 2, Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Libro de entrega de turnos |
| 3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas. | 100% | 3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Historias Clinicas de cada paciente |
| 4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. | 100% | 4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Historias Clinicas de cada paciente |
| 5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias | 100% | 5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Libro de entrega de turnos |
| 6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada. | 100% | 6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Historias Clinicas de cada paciente |
| 7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. | 100% | 7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Historias Clinicas de cada paciente |
| 8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. | 100% | 8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Historias Clinicas de cada paciente |
| 9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. | 100% | 9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado.. | Libro de entrega de turnos |
| 10 . Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio | 95 % | Participé en reuniones de actualización programadas en el servicio con el fin de afianzar nuevos conocimientos sobre temas de interés | Lista de asistencia |
| 11, Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario de cada mes | 100% | 11, Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario del mes a certificr, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parametros eticos y profesionales con los que he sido contratado | Copia de planilla pagada |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($5,595,840) CINCO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOSCIENTOS CUARENTA PESOS MCTE**

CONTRATISTA JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ C C No 1032388393

Fecha recibido

Firma recibido supervisor ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR

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

IERALES DEL APORTANTE

| ción | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | | HERNANDEZ SUAREZ JUAN CARLOS | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 53 N 57 71 APTO | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2454873 | No |

IERALES DE LA LIQUIDACION

| odo | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2018-09 | 373536919 | 8484458085 | I | 2018/10/22 | 2018/10/01 | BANCOLOMBIA | 0 | $957,800 |

**N DE PAGO**

| | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $495,300 | $0 | $0 | $495,300 |
| IR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $495,300 | $0 | $0 | $495,300 |
| ISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $75,500 | $0 | $0 | $75,500 |
| COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $75,500 | $0 | $0 | $75,500 |
| ISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $387,000 | $0 | $0 | $387,000 |
| | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $387,000 | $0 | $0 | $387,000 |
| | | | | 1 | $957,800 | $0 | $0 | $957,800 |

PAGADO

Sept 1
80 h. oct

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1032388393 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Hernandez Suarez,Juan Carlos |
| TIPO DE AFILIADO | Segundo Cotizante |
| TIPO DE TRABAJADOR | N/A |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/07/2016 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Hernandez Suarez,Juan Carlos, a los 11 días del mes de noviembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**
**PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,032,388,393**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Noviembre de 2018.

Gerente de Clientes

**POSITIVA**
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ, con Cédula de Ciudadanía No. 1.032.388.393, contratista de la empresa SUBRED INTEGRADA SUROCCIDENTE, con NIT No. 900959048, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 22/10/2018 y fecha fin de contrato 30/11/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de Noviembre de 2018.

Cordialmente

Hugo Ernesto Huiza
Gerencia de Afiliación y Novedades.

# Referencia Bancaria

Viernes, 6 de Julio de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JUAN CARLOS HERNANDEZ SUAREZ identificado(a) con CC 1032388393, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 67585505568 | 2017/11/27 | ACTIVA |

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14473070073

(415)7707212489984(8020) 000001447307007 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 3 2 3 8 8 3 9 3 | 2 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 1 0 3 2 3 8 8 3 9 3 | 2 0 0 6 0 6 2 9 |

| Lugar de expedición / 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | SUAREZ | JUAN | CARLOS |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 53 57 71 P 2

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| drjuanhernandez1987@gmail.com | | 3 2 1 3 3 0 6 9 8 9 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 1 0 0 8 2 4 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2 0 1 8 0 7 0 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: FLOREZ BRICEÑO ELBA CECILIA
985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 06-07-2018 12:50:51PM



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.388.393

HERNANDEZ SUAREZ

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-1987

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

29-JUN-2006 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00244137-M-1032388393-20100709 0022628053A 1 1360786003