| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | EDER ALONSO OSPINO DURAN | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 80.202.834 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | doctoreder04@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3002653164 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | CAPS ZONA FRANCA (FO08) | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08 | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | A24 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | Davivienda | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7590317918 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3904-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 9 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de GINECOLOGIA 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 | 12 | 2018 | | 31 | 12 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $9.003.336 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

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: | $88.113.531 |
| VALOR EJECUTADO | $82.354.044 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $9.003.336 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5.759.487 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 93% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7705945844 | $3.787.000,00 | $473.400 | $644.000 | 3 | $92.300 | **$1.209.700** |

Dado en Bogotá a los (12) dias del mes de Diciembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**LILIANA CASTIBLANCO MOSOS**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**EDER ALONSO OSPINO DURAN**
**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 | 3/04/17 | |
| | | Código | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | CAPS ZONA FRANCA | | Sede: FONTIBON | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 3904-2018 | Periodo certificado desde el | Dia | Mes | Año | a | Dia | Mes | Año |
| | | | 1 | 12 | 2.018 | | 31 | 12 | 2.018 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | EDER ALONSO OSPINO DURAN | | C. C. | 80.202.834 | | DE | BOGOTA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Ginecologia dentro de los diferentes procesos y procedimietnos 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 __X_ NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Prestar el servicio de médico especialista en el servicio de Ginecología y Obstetricia en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón, según requerimientos del Supervisor del Contrato. | si | Preste servicicos como ginecologo y obstetra en el CAPS Zona Franca. | RIPS diario |
| Realizar la consulta, ecografías y/o demás procedimientos según la programación. | si | Realize las actividades pertinentes a la consulta de Ginecología y obstetricia, así como las colposcopias programadas. | Registro adecuado de la histroia clinica en el sistema de la subred dando cumplimiento a las exigencias. |
| Diligenciar la historia clínica de las pacientes que se encuentran bajo su cuidado. | si | Diligenciamiento de la historia clinica sistematizada o en los formatos de contingencia cuando fue necesario. | se realizo diligenciamiento de la histroia de todas las pacientes atendidas |
| cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica | si | cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica | se realizo diligenciamiento claro de la historia clinica y sus anexos dentro del marco legal y etico |
| Digitar los registros individuales de servicios - RIPS, registros estadistios y demás formatos del Hospitalque le sean indicados por el supervisor | si | diligenciamiento del RIPS diario | entrega de RIPS diario |
| reportar eventos adversos, infeccones intrahospitalarias y demas eventos de notificacion obligatoria. | si | reporte eventos adversos en el sistema indicado. | reporte de eventos adversos |
| Cumplir con las tecnicas de asepsia y antisepsia, manual de bioseguridad y PIGA | si | Cumpli con las normas de asepsia y antisepsia durante la prestacion de mis servicios, asi como el adecuado desecho de residuos | atención segura a nuestro usuario |
| Ejecutar la labor con responsabilidad y ética profesional | si | desempeñe mis funciones haciendo uso de lo recomandado en las guias de practica clinica y respetando los derechos de los usuarios | entrega de servicios de salud seguros y con calidad. |
| Participar activa y proactivamente en las actividades programadas en el proceso de Acreditacion. | si | Asistencia de reuniones y capacitaciones programadas. | Firma de actas de asistencia a dichas reuniones. |
| Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales, con enfasis en el trato digno y humanizacion de en la prestacion del servicio. | si | Autocapacitacion en la Intranet | entrega de servicios de salud seguros y con calidad. |
| Registrar en el formato de consentimiento informado o en la historia clinica la informacion brindada en cuanto a riesgos, complicaciones y otras alternativas de manejo. | si | diligenciamineto de consentimiento informado prequirurgico y de colposcopia | registro de Historia clinica. |
| Uso adecuado de bata y carnet | si | Uso de bata y carnet durante las actividades institucionales | Adecuado uso de bata y carnet. |

OBSERVACIONES:

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 9.003.336 Nueve millones tres mil trecientos treinta y seis pesos m/cte**

EDER ALONSO OSPINO DURAN CC: 80202834

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA.

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS

HORAS DR EDER DICIEMBRE

| S | D | L | M | MC | J | V | S | D | L | M | MC | J | V | S | D | L | M | MC | J | V | S | D | L | M | MC | J | V | S | D | V | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | TOTAL |
| 11 | 5 | 7 | 11 | 11 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | 3 | 6 | 0 | 0 | 5 | 11 | 11 | 11 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 131 |

| | |
|---|---|
| reuniones ULG | 5 |
| reuniones ULC | |
| total | 136 |

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACION: 80202834 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | EDER ALONSO OSPINO DURAN |
| CIUDAD/MUNICIPIO | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN | CR 85 A N 23 C 36 AP 110 | TELÉFONO: 8013059 |
| TIPO APORTANTE | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | ÚNICO | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA | 7705945844 | TIPO DE PLANILLA | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES noviembre AÑO 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES noviembre AÑO 2018 |
| DIAS DE MORA | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | 2018/11/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN | 385541129 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CODIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 230201- PROTECCION (ING+PROTEC.) | 1 | $ 606.000 | $ 0 | $ 0 | $ 19.000 | $ 19.000 | $ 0 | $ 0 | $ 644.000 | $ 0 | $ 644.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 644.000 | $ 0 | $ 644.000 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CODIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 473.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 473.400 | $ 0 | $ 0 | $ 473.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 473.400 | $ 0 | $ 0 | $ 473.400 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CODIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-28 | 14-28 SURATEP-AGRICOLA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 92.300 | $ 92.300 | $ 0 | $ 0 | $ 92.300 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 92.300 | $ 0 | $ 0 | $ 92.300 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 80202834 | OSPINO DURAN EDER ALONSO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.787.000 | | | NO | | | | | | | | X | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230201-PROTECCION (ING+PROTEC.) | 30 | $ 3.787.000 | $ 606.000 | $ 19.000 | $ 19.000 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 644.000 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| Nº | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 3.787.000 | $ 473.400 | $ 0 | $ 473.400 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| Nº | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-28-SURATEP-AGRICOLA | 30 | $ 3.787.000 | 80202834 | $ 92.300 |

PARAFISCALES

| Nº | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | |

**TOTAL** **$ 1.209.700**