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 1073151400		CAÑON MURILLO DARIO STEPHEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL4SC BIS #24-17 APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3872554	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

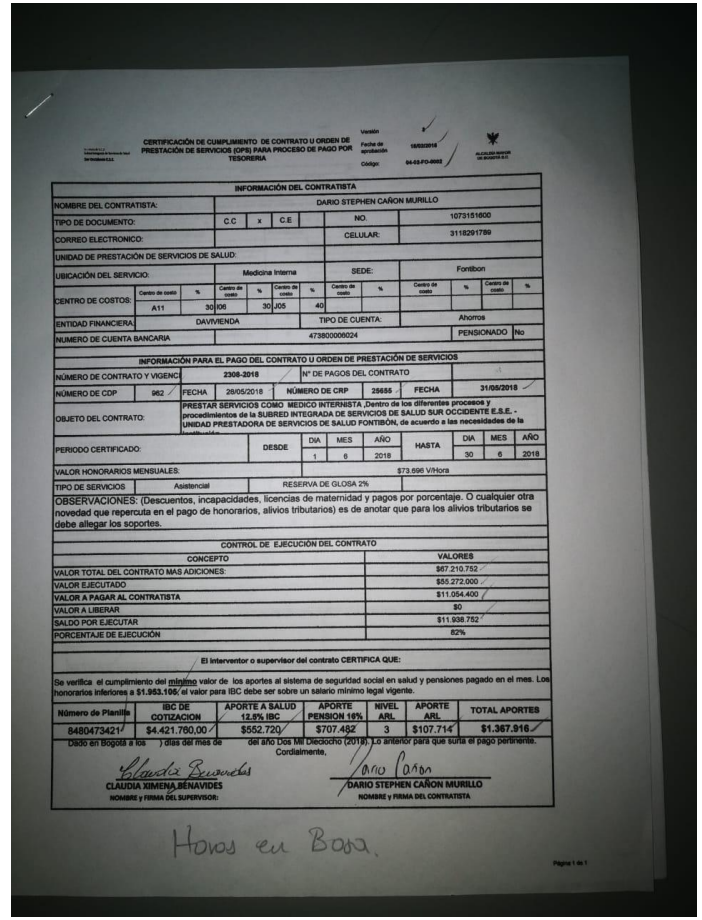
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	342292953	848473421	I	2018/06/05	2018/06/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,412,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$751,900	$0	$0	$751,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$751,900	$0	$0	$751,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$107,800	$0	$0	$107,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$107,800	$0	$0	$107,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$552,800	$0	$0	$552,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$552,800	$0	$0	$552,800
TOTAL				1	$1,412,500	$0	$0	$1,412,500

PAGADO

2018/06/05 04:35 PM



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión
Fecha de aprobación 18/03/2016
Código: 04-03-PO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DARIO STEPHEN CAÑON MURILLO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1073151600						
CORREO ELECTRONICO:					CELULAR:	3118291789						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Medicina Interna				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A11	30	J06	30	J05	40						
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	473800066024						PENSIONADO	No				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI	2308-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO							
NÚMERO DE CDP	962	FECHA	28/05/2018	NÚMERO DE CRP	25655	FECHA	31/05/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA ,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										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	6	2018		30	6	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$73.696 V/Hora										
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:	$67.210.752
VALOR EJECUTADO	$55.272.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11.054.400
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$11.938.752
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	82%

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
8480473421	$4.421.760,00	$552.720	$707.482	3	$107.714	$1.367.916

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

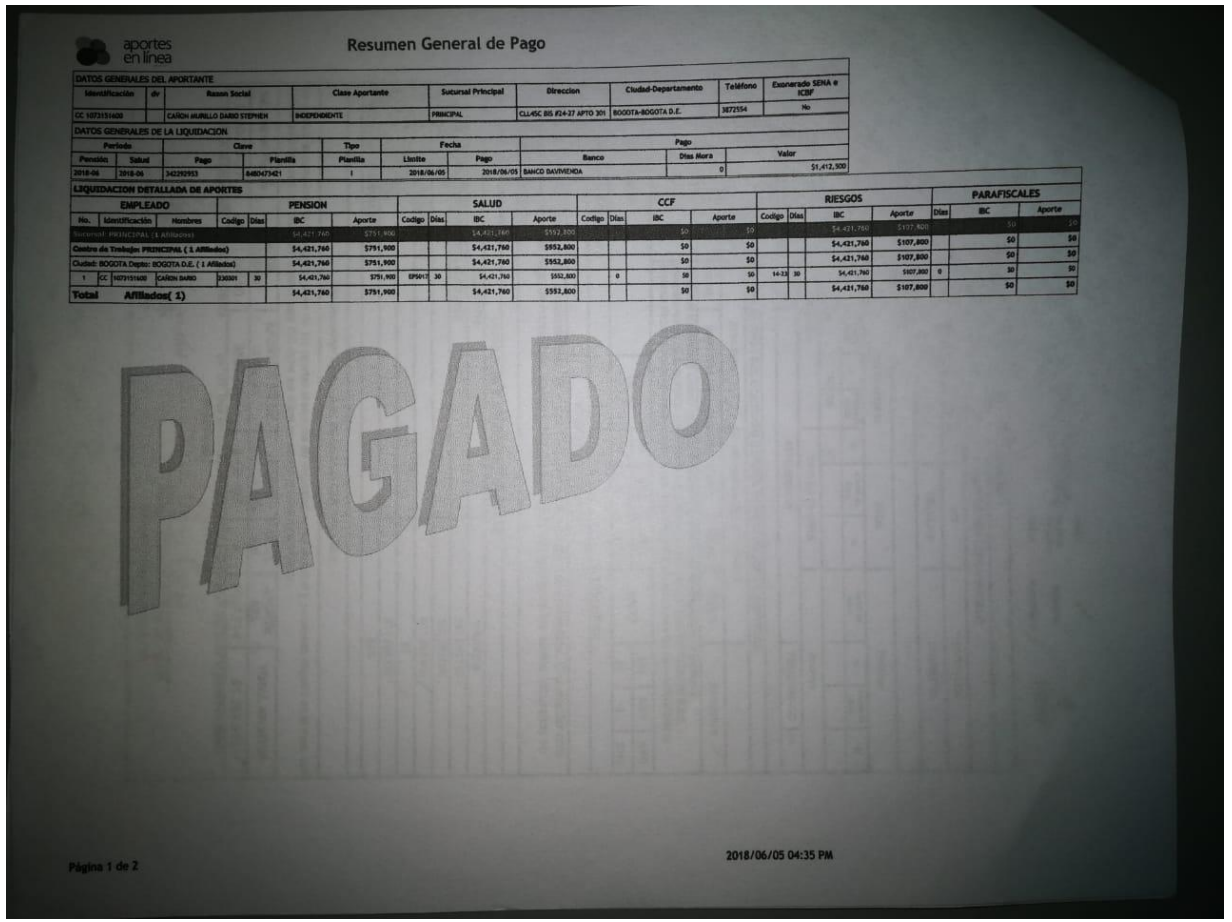
Cordialmente,

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DARIO STEPHEN CAÑON MURILLO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Horas en Boca.

Página 1 de 1



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 1073151400		CAÑON MURILLO DARIO STEPHEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL45C BIS #24-27 APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3872554	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

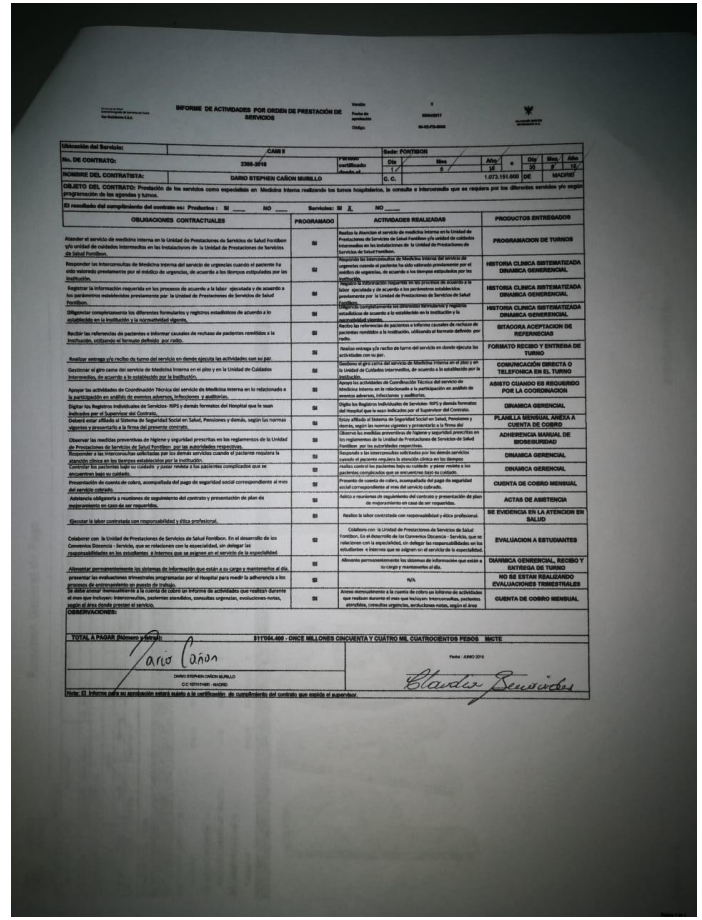
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	342292953	848047342I	I	2018/06/05	2018/06/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,412,500

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	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,421,760	$751,900			$4,421,760	$552,800			$0	$0			$4,421,760	$107,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$4,421,760**	**$751,900**			**$4,421,760**	**$552,800**			**$0**	**$0**			**$4,421,760**	**$107,800**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA.Depto: BOGOTA.D.E. (1 Afiliados)					**$4,421,760**	**$751,900**			**$4,421,760**	**$552,800**			**$0**	**$0**			**$4,421,760**	**$107,800**		**$0**	**$0**
1	CC 1073151400	CAÑON DARIO	230301	30	$4,421,760	$751,900	EPS017	30	$4,421,760	$552,800		0	$0	$0	14-23	30	$4,421,760	$107,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$4,421,760**	**$751,900**			**$4,421,760**	**$552,800**			**$0**	**$0**			**$4,421,760**	**$107,800**		**$0**	**$0**

PAGADO

2018/06/05 04:35 PM



Secretaría de Salud
Subsecretaría de Aseguramiento y Red
Red Fontibón E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 3
Fecha de aprobación: 09/06/2017
Código: SS-02-FOS-0005

Ubicación del Servicio:	CAMI II			Sede: FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	3308-2018	Periodo Cumplido: Desde el:	Día: 1	Mes: 7	Año: 18	a	Día: 31	Mes: 7	Año: 18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DARIO STEPHEN CAÑON MURILLO		C. C.	1.073.151.600	DE	MACHO			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de los servicios como especialista en Medicina Interna realizando los turnos hospitalarios, la consulta e interconsulta que se requiera por los diferentes servicios y/o según programación de las agendas y turnos.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender el servicio de medicina interna en la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon y/o unidad de cuidados intermedios en las instalaciones de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	SI	Realizo la Atencion el servicio de medicina interna en la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon y/o unidad de cuidados intermedios en las instalaciones de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	PROGRAMACION DE TURNOS
Responder las interconsultas de Medicina Interna del servicio de urgencias cuando el paciente ha sido valorado previamente por el medico de urgencias, de acuerdo a los tiempos estipulados por las Institución.	SI	Respondi las interconsultas de Medicina Interna del servicio de urgencias cuando el paciente ha sido valorado previamente por el medico de urgencias, de acuerdo a los tiempos estipulados por las Institución.	HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA DINAMICA GENERENCIAL
Registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	SI	Registre la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon.	HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA DINAMICA GENERENCIAL
Diligenciar completamente los diferentes formularios y registros estadísticos de acuerdo a lo establecido en la institución y la normatividad vigente.	SI	Diligencio completamente los diferentes formularios y registros estadísticos de acuerdo a lo establecido en la institución y la normatividad vigente.	HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA DINAMICA GENERENCIAL
Recibir las referencias de pacientes e informar causales de rechazo de pacientes remitidos a la Institución, utilizando el formato definido por radio.	SI	Recibo las referencias de pacientes e informo causales de rechazo de pacientes remitidos a la institución, utilizando el formato definido por radio.	SITACORA ACEPTACION DE REFERENCIAS
Realizar entrega y/o recibo de turno del servicio en donde ejecuta las actividades con su par.	SI	Realizo entrega y/o recibo de turno del servicio en donde ejecuta las actividades con su par.	FORMATO RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
Gestionar el giro cama del servicio de Medicina Interna en el piso y en la Unidad de Cuidados Intermedios, de acuerdo a lo establecido por la Institución.	SI	Gestiono el giro cama del servicio de Medicina Interna en el piso y en la Unidad de Cuidados Intermedios, de acuerdo a lo establecido por la Institución.	COMUNICACIÓN DIRECTA O TELEFONICA EN EL TURNO
Apoyar las actividades de Coordinación Técnica del servicio de Medicina Interna en lo relacionado a la participación en análisis de eventos adversos, infecciones y auditorías.	SI	Apoyo las actividades de Coordinación Técnica del servicio de Medicina Interna en lo relacionado a la participación en análisis de eventos adversos, infecciones y auditorías.	ASISTO CUANDO ES REQUERIDO POR LA COORDINACION
Digitar los Registros Individuales de Servicios -RIPS y demás formatos del Hospital que le sean definidos por el Supervisor del Contrato.	SI	Digito los Registros Individuales de Servicios -RIPS y demás formatos del Hospital que le sean indicados por el Supervisor del Contrato.	DINAMICA GERENCIAL
Deberá estar afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente contrato.	SI	Estoy afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demas, segun las normas vigentes y presentarlo a la firma del	PLANILLA MENSUAL ANEXA A CUENTA DE COBRO
Observar las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon por las autoridades respectivas.	SI	Observo las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon por las autoridades respectivas.	ADHERENCIA MANUAL DE BIOSEGURIDAD
Responder a las interconsultas solicitadas por los demas servicios cuando el paciente requiera la atención clínica en los tiempos establecidos por la institución.	SI	Respondo a las interconsultas solicitadas por los demás servicios cuando el paciente requiera la atención clínica en los tiempos.	DINAMICA GERENCIAL
Controlar los pacientes bajo su cuidado y pasar visita a los pacientes complicados que se encuentren bajo su cuidado.	SI	Realizo control los pacientes bajo su cuidado y pasar revista a los pacientes complicados que se encuentren bajo su cuidado.	DINAMICA GERENCIAL
Presentación de cuenta de cobro, acompañada del pago de seguridad social correspondiente al mes del servicio cobrado.	SI	Presento de cuenta de cobro, acompañada del pago de seguridad social correspondiente al mes del servicio cobrado.	CUENTA DE COBRO MENSUAL
Asistencia obligatoria a reuniones de seguimiento del contrato y presentación de plan de mejoramiento en caso de ser requeridas.	SI	Asisto a reuniones de seguimiento del contrato y presentación de plan de mejoramiento en caso de ser requeridas.	ACTAS DE ASISTENCIA
Ejecutar la labor contratada con responsabilidad y ética profesional.	SI	Realizo la labor contratada con responsabilidad y ética profesional.	SE EVIDENCIA EN LA ATENCION EN SALUD
Colaborar con la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon. En el desarrollo de los Convenios Docencia - Servicio, que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de la especialidad	SI	Colaboro con la Unidad de Prestaciones de Servicios de Salud Fontibon. En el desarrollo de los Convenios Docencia - Servicio, que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de la especialidad.	EVALUACION A ESTUDIANTES
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlo al día.	SI	Alimento permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlo al día.	DINAMICA GENERENCIAL, RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
presentar las evaluaciones trimestrales programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	SI	N/A.	NO SE ESTAN REALIZANDO EVALUACIONES TRIMESTRALES
Se debe anexar mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizo durante el mes que incluyan: Interconsultas, partoras atendidas, consultas urgencias, evoluciones notas, según el área donde presten el servicio.	SI	Anexo mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizo durante el mes que incluyan: Interconsultas, partoras atendidas, consultas urgencias, evoluciones notas, según el área	CUENTA DE COBRO MENSUAL

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $11'094.400 - ONCE MILLONES CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

Fecha: JUNIO 2018

DARIO STEPHEN CAÑON MURILLO
CC 1073151600 - MACHO

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