

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

|                                             |                 |                              |                 |     |                 |                 |                 |             |                 |    |                 |   |
|---------------------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------|-----|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|-----------------|----|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                 | CAMILO ANDRES ALFONSO CORTES |                 |     |                 |                 |                 |             |                 |    |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 | C.C                          | X               | C.E |                 | NO.             |                 | 80.056.317  |                 |    |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 | camiloalfonsomd@hotmail.com  |                 |     |                 | CELULAR:        |                 | 314-4457369 |                 |    |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 |                              |                 |     |                 |                 |                 |             |                 |    |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 | UCI-ADULTOS                  |                 |     |                 | SEDE:           |                 | Kennedy     |                 |    |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo | %                            | Centro de costo | %   | Centro de costo | %               | Centro de costo | %           | Centro de costo | %  | Centro de costo | % |
|                                             |                 |                              | J -02           | 100 |                 |                 |                 |             |                 |    |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |                 | BANCO CAJA SOCIAL            |                 |     |                 | TIPO DE CUENTA: |                 |             |                 |    |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                 | 24521330660                  |                 |     |                 |                 |                 | PENSIONADO  |                 | No |                 |   |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                                |  |                  |       |                          |               |        |       |            |
|--------------------------------|--|------------------|-------|--------------------------|---------------|--------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: |  | OPS N° 2291-2018 |       | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |               | 5 DE 5 |       |            |
| NÚMERO DE CDP                  |  | 962              | FECHA | 28/05/2018               | NÚMERO DE CRP | 25639  | FECHA | 31/05/2018 |

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestar servicio profesionales o de apoyo a la gestión como INTERNISTA dentro de las diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de las necesidades de la institución.

|                      |       |     |     |      |       |     |     |      |
|----------------------|-------|-----|-----|------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                      |       | 1   | 6   | 2018 |       | 30  | 6   | 2018 |

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$7.074.816

|                   |             |                     |
|-------------------|-------------|---------------------|
| 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: | \$39.353.664 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$34.489.728 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$7.074.816  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$4.863.936  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 88%          |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| 7691944405         | \$2.829.926,40    | \$353.741                | \$452.788          | 3         | \$68.937   | \$875.466     |

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

ORLANDO ENRIQUE NUÑEZ SOTO

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CAMILO ANDRES ALFONSO CORTES

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

|                                                                                                                                                                         |                                                                    |                     |               |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión             | 2             |  ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C. |
|                                                                                                                                                                         |                                                                    | Fecha de aprobación | 03/04/2017    |                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                         |                                                                    | Código:             | 04-02-FO-0003 |                                                                                                                      |

|                         |                              |                              |                  |     |     |             |     |     |     |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|-----|-----|-------------|-----|-----|-----|
| Ubicación del Servicio: | UCI ADULTOS                  |                              | Sede: KENNEDY    |     |     |             |     |     |     |
| No. DE CONTRATO:        | OPS No. 2291 - 2018          | Periodo certificado desde el | Día              | Mes | Año | a           | Día | Mes | Año |
|                         |                              |                              | '01              | '06 | 18  |             | 30  | '06 | 18  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CAMILO ANDRES ALFONSO CORTES |                              | C. C. 80'056.317 |     |     | DE : Bogotá |     |     |     |

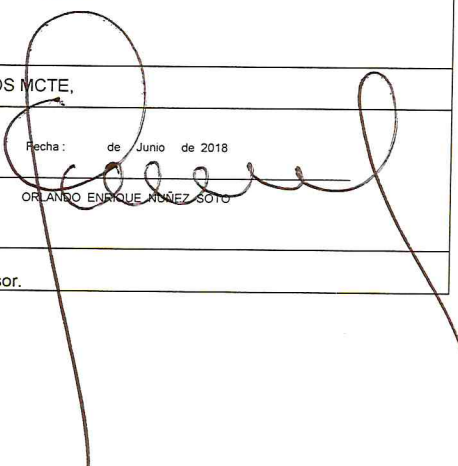
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar mis servicios y conocimientos con calidad y eficacia como Profesional Especializado de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Kennedy, en la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos,

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                             | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Manejo de Ventilación mecánica                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100%       | Ordenó laboratorios clínicos,                                                                                      | en historia clínica  |
| Interpretación de gases Arteriales, radiografías y laboratorios solitidos                                                                                                                                                                                                                                   | 100%       | Ordenó Imágenes diagnósticas,                                                                                      | en historia clínica  |
| Manejo de soporte Hemodinámico                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100%       | Elaboró Epicrisis continuadas                                                                                      | en historia clínica  |
| Realizó reanimación cardio pulmonar, manejo de vía aérea                                                                                                                                                                                                                                                    | 100%       | Respondió interconsultas de cuidado crítico, registrarlas en el libro de interconsultas                            | en historia clínica  |
| Manejo de catéteres para monitoreo invasivo                                                                                                                                                                                                                                                                 | 100%       | Realizó diariamente evoluciones                                                                                    | en historia clínica  |
| Diligenciar justificaciones de medicamentos No pos                                                                                                                                                                                                                                                          | 100%       | Realizó diariamente ordenes medicas                                                                                | en historia clínica  |
| Cumplió con el reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional y ejecutó procedimientos seguros de trabajo según las actividades realizadas en la Institución, lavado de manos, medidas de aislamiento y correcta técnica en la colocación de dispositivos invasivos | 100%       | Realizó diariamente ingresos del servicio                                                                          | en historia clínica  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 100%       | Realizó diariamente egresos del servicio                                                                           | en historia clínica  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 100%       | Dar informacion a la familia de acuerdo al proceso del servicio, llevando el formato de control de informe medico. | en historia clínica  |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR ( \$ 7'074.816= ):SIETE MILLONES SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS PESOS MCTE,

|                                                                 |                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATISTA: CAMILO ANDRES ALFONSO CORTES / C.C. No. 80'056.317 | supervisor:  Fecha: de Junio de 2018<br>ORLANDO ENRIQUE NUNEZ SOTO |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                             |                           |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA                        | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80056317                         |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | CAMILO ANDRES ALFONSO CORTES ALFONSO CORTES |                           |                                  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL                     | DEPARTAMENTO:             | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL        |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 24D # 72 - 49                         | TELÉFONO:                 | 7290421                          |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                            | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                  |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                                     | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Personas Naturales sin Actividad |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                                       |                           |                                  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                                          |                           |                                  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                      |                    |
|--------------------------------|------------|----------------------|--------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7691944405 |                      |                    |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES:       | junio                | PERIODO COTIZACIÓN |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO:       | 2018                 | AÑO:               |
| DÍAS DE MORA:                  | 5          |                      |                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2018/06/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 344043549          |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                  |            |              |
|-----------------------|--------|----------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                  | TOTALES    |              |
|                       |        |                                  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                  |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                           |            |              |
| 800229739             | 230201 | 230201- PROTECCION (ING+PROTEC.) | 1          | \$ 573.500   |
| SUBTOTAL:             |        |                                  | 1          | \$ 573.500   |
| SALUD                 |        |                                  |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                           |            |              |
| 860066942             | EPS008 | EPS008-COMPENSAR                 | 1          | \$ 421.700   |
| SUBTOTAL:             |        |                                  | 1          | \$ 421.700   |
| CAJA DE COMPENSACIÓN  |        |                                  |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                           |            |              |
| 860007336             | CCF22  | CCF22-COLSUBSIDIO                | 1          | \$ 20.300    |
| SUBTOTAL:             |        |                                  | 1          | \$ 20.300    |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                  |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                           |            |              |
| 800256161             | 14-28  | 14-28-SURATEP-AGRICOLA           | 1          | \$ 82.300    |
| SUBTOTAL:             |        |                                  | 1          | \$ 82.300    |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 1.097.800</b> |
|----------------------|---------------------|



[\(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx\)](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)[\(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx\)](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)[Mapa del Sitio \(/Mapa-del-sitio\)](#) [Buscador \(/buscador\)](#) [\(https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx\)](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx)[Funcionarios \(/Funcionarios\)](#) [Preguntas Frecuentes \(Transparencia/Preguntas-frecuentes\)](#)[Compensación](#) ▶ [Consultas y estadísticas](#) ▶ [Maestro de Afiliados Compensados \(https://www.adres.gov.co/Compensacion/Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados\)](#)**MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS**

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

**CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS****INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO  
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309**

| TIPO<br>ID             | NÚMERO DE<br>DOCUMENTO | PRIMER<br>APELLIDO | SEGUNDO<br>APELLIDO | PRIMER<br>NOMBRE | SEGUNDO<br>NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO<br>COMPENSADO | EPS /<br>EOC | TIPO<br>AFILIACIÓN |
|------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|------------------|-------------------|------------------------------|--------------|--------------------|
| No records to display. |                        |                    |                     |                  |                   |                              |              |                    |

**DATOS EN RESOLUCIÓN 2280**

| TIPO<br>ID             | NÚMERO DE<br>DOCUMENTO | PRIMER<br>APELLIDO | SEGUNDO<br>APELLIDO | PRIMER<br>NOMBRE | SEGUNDO<br>NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO<br>COMPENSADO | EPS /<br>EOC | TIPO<br>AFILIACIÓN |
|------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|------------------|-------------------|------------------------------|--------------|--------------------|
| No records to display. |                        |                    |                     |                  |                   |                              |              |                    |

**DATOS EN RESOLUCIÓN 4023**

| TIPO<br>ID | NÚMERO DE<br>DOCUMENTO | PRIMER<br>APELLIDO | SEGUNDO<br>APELLIDO | PRIMER<br>NOMBRE | SEGUNDO<br>NOMBRE | ÚLTIMO PERÍODO<br>COMPENSADO | EPS /<br>EOC           | TIPO<br>AFILIACIÓN |
|------------|------------------------|--------------------|---------------------|------------------|-------------------|------------------------------|------------------------|--------------------|
| CC         | 80056317               | ALFONSO            |                     | CAMILO           | ANDRES            | 2014-04                      | COOMEVA<br>E.P.S. S.A. | COTIZANTE          |
| CC         | 80056317               | ALFONSO            | CORTES              | CAMILO           | ANDRES            | 2018-05                      | COMPENSAR<br>E.P.S.    | COTIZANTE          |
| CC         | 80056317               | ALFONSO            | CORTES              | CAMILO           | ANDRES            | 2016-05                      | COOMEVA<br>E.P.S. S.A. | COTIZANTE          |

**INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS**

| EPS / EOC        | PERÍODOS COMPENSADOS | FECHA DE AFILIACIÓN | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | NORMA |
|------------------|----------------------|---------------------|------------------|---------------|-------|
| COMPENSAR E.P.S. | 05/2018              | 01/06/2016          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |
| COMPENSAR E.P.S. | 04/2018              | 01/06/2016          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |
| COMPENSAR E.P.S. | 03/2018              | 01/06/2016          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |
| COMPENSAR E.P.S. | 02/2018              | 01/06/2016          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |
| COMPENSAR E.P.S. | 01/2018              | 01/06/2016          | 30               | COTIZANTE     | 4023  |