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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RINALDI ROCCHETTI STEFANIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		C.E	X	NO.	NIT: 700153954-7 CE: 533264							
CORREO ELECTRONICO:	rinaldi.stefania@gmail.com				CELULAR:	310 7821052							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PEDIATRIA - URN				SEDE:	KE10							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10J09	20	KE10J04	30	KE10J07	30	KE10I05	20					
ENTIDAD FINANCIERA:	SCOTIABANK COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**1011123666**								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1524-2022**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**11 DE 11**			
NÚMERO DE CDP		FECHA		**NÚMERO DE CRP**		**FECHA**				
NÚMERO DE CDP		FECHA		**NÚMERO DE CRP**		**FECHA**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como NEONATOLOGO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la Institución.**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2023		31	1	2023		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$12.621.300									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA					
OBSERVACIONES: MEDICO ESPECIALISTA										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$155.662.700
VALOR EJECUTADO	$153.643.292
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$12.621.300
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.019.408
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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 $2.271.315, 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
1051499506	$5.048.520	$631.065	$807.763	3	$122.982	**$1.561.810**

Dado en Bogotá a los (____) días del mes ENERO del año Dos Mil Veintitres(2023). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DR. JERSON SILVA y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RINALDI ROCCHETTI STEFANIA - 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	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY					Sede: KE10					
No. DE CONTRATO:	1524-2022	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	1	2.023		31	1	2.023		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RINALDI ROCCHETTI STEFANIA		C. C.	CE 533264			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 NEONATOLOGO 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
Cubrimiento de las áreas de Sala de Partos - Quinto Piso y la Unidad de Recién Nacidos según la programación y las necesidades presentadas. Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados. Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello.	100%	Cubrimiento de las áreas de Sala de Partos - y la Unidad de Recién Nacidos según la programación y las necesidades presentadas.* Diligenciar las Historias Clínicas correspondientes manteniendo el orden adecuado en las mismas.* Ordenamiento e interpretación de Laboratorios clínicos, Imagenologicos y especializados anotando su interpretación en las historias.* Revista médica, clínica, académica y asistencial en las áreas asignadas. * Desarrollar las actividades asistenciales consertadas.* solicitar y dar respuesta a Interconsultas de otras especialidades.* Actividades Académicas con los Internos rotatorios y Estudiantes de Pediatría.* Procedimientos médicos quirúrgicos según necesidad de cada paciente. Participación activa en las reuniones pediátricas. * Apoyo en las otras áreas del Departamento que lo requiera.	Registros clinicos; Formatos de evolución; Ordenes medicas; Notas de procedimientos; Interpretación de examenes
Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello	100%	Se garantizo un adecuado proceso de registro de los estudios paraclinicos, datos del paciente, y demas items de la historia clinica	Nota de evolucion y seguimiento asi como interpretacion e indicaciones terapeuticas.
Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos,resoluciones y circulares de cualquier organo externo o interno que tenga que ver con la ejecución del contrato	100%	Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato.	
Anexar la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contarto mensulamente.No obstante lo anterior, el CONTRATISTA respondera civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de ley.	100%	se realiza pago de parafiscales para soportar valor de cuenta de cobro	Planilla de pago de parafiscales
Responder las glosas generadas si hubiere lugar	100%	No se presentaron glosas	informe de actividad y justificacion de glosas
Contribuir al mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantia de la calidad	100%		

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $12.621.300 (doce millones seiscientos veintiun mil trecientos pesos)

RINALDI ROCCHETTI STEFANIA

Fecha : Firma de recibido supervisor:

DR. JERSON SILVA

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-01-10, 11:27:50 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1051499506

Periodo Cotización: diciembre de 2022 **Periodo Servicio:** diciembre de 2022

PAGADO 03/01/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	STEFANIA RINALDI ROCCHETTI		
Documento	CE533264	**Dirección**	CR 17A #122 - 62
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7567241
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
CE 533264	STEFANIA RINALDI ROCCHETTI	57	00										X							0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 5.048.520	$ 858.400	(EPS010) EPS SURA	$ 5.048.520	$ 631.100	2,436	$ 5.048.520	$ 123.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 5.048.520	$ 5.048.520	$ 5.048.520	$ 0	$ 858.400	$ 631.100	$ 123.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.612.500	$ 0	$ 1.612.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



STEFANIA RINALDI ROCCHETTI

NIT: 700153954-7

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CR 17 A CL 122 N 62 AP 502, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3107821052

Email. salovare10@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764033287781 válida desde 2022-08-10 hasta 2023-02-10 rango desde SRR-9 hasta SRR-100.

TARIFA DE ICA 9.66 POR MIL

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
NIT:	900959048-4
Dirección:	Calle 9 No. 39 - 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	6014546800
Email:	gerencia@subredoccidente.gov.co

Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	31/01/2023
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:	**SRR - 14**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**16:08:28**
FECHA FIRMADO:	**03/01/2023 16:08:30**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
03	01	2023	31	01	2023

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas Servicios Medico Especialista.	31	1,00	$12.621.300,00		0,00	$12.621.300,00

Notas:

SON: (doce millones seiscientos veintiun mil trescientos pesos)

CUFE: 987bbef180b4051f1c0f37d98fa2a62f9677b2b2bc3322ee210631269ab6c833025cb6fd423c25663ea63122be9a8071

Subtotal:	$12.621.300,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$12.621.300,00

Firma Digital: pGKPwGtejRQ3nHWs8M67YEokhhSYP0MrHf2yCO+4XfDMA3Nz9HJHNrooKnsycasc /FLsFNb0H28SB0uDZc9PF6Y3K2pf5ezDmDkXbTH6zQ/9cGP4lcWyYz7lGRgZFr2H eD46bqxXJLBkDb2/lfgbIFv/V/NBICQUV+YcjqC1Za02cxzaUcsp+78F5uWr6wGv umy/eb5BZqISwrW5RUoYVkjUC268TB3qAyJsSvbdHx9OHnDU8EoYp6ua2ICCnYbP O+ZtgGVcWFZEdXjPZPrl/mZhTlTUyDvu39WXyBRbk6auUVHgZLG7UdUEggg+LTt ng/WsSCUEkYmYO2huoRhbw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/01/2023 hasta: 31/01/2023.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software y Proveedor tecnológico:
e-Factura CADENA S.A. Nit 890930534-0