| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 87712270 | |
| CORREO ELECTRONICO: | victorjimenezperez@hotmail.com | | | | CELULAR: | 7560505 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CONSULTA URGENCIAS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10B01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570004870299791 | | | | | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1283 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 1714 | FECHA | 2023-07-24 10:19:03.000 | NÚMERO DE CRP | 36357 | FECHA | 2023-07-31 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE: | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-07-01 | | 2023-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $3,481,650 | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | |

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: | $39,458,700 |
| VALOR EJECUTADO | $20,889,900 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,481,650 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $18,568,800 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 53% |

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 $2.194,507 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9453017695 | $1,392,660 | $174,083 | $222,826 | 3 | $33,925 | $430,833 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
Supervisor

Copia certificada Subred Suroccidente

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Realizar recibo y entrega de turno de pacientes en área de reanimación y observación de urgencias. | Valora pacientes en estas dos área y cumple a cabalidad sus actividades | Libro de recibo y entrega de turno. |
| Desarrolla actividades propias según área asignada diariamente triage, consulta, reanimación y evolución. | Ejecuto la atención de pacientes según la asignación durante el desarrollo de sus actividades | Lista de programación de actividades |
| Diligenciar adecuadamente el registro de historias clínicas. | Llena correctamente cada historia clínica de paciente atendido. | Historia clínica |
| Diligenciar el 100% de las fichas de notificación obligatoria. | Realiza y registra de forma completa las fichas de notificación obligatoria. | Historia clínica y estadística enviada por servicio de epidemiología |
| Solicitar interconsultas, laboratorios y exámenes diagnósticos según sea el caso por cada paciente, con la pertinencia médica del caso. | Hace una valoración completa de los pacientes y toma conductas apropiadas para cada caso. | Historia clínica |
| Mantener un trato humanizado con el usuario y sus familiares. | Brinda atención médica de calidad haciendo énfasis en el buen trato. | Sistema de PQRS |
| Fomentar trabajo en equipo con el personal asistencial del servicio. | Articula con sus compañeros la atención integral de los pacientes | Casos atendidos dentro del turno. |
| Asistir a reuniones propias del área y jornadas de capacitación que se realicen durante el mes. | Cumplimiento de actividades programadas por el líder del servicio. | Listas de asistencia a reuniones del área. |
| Realizar adecuado uso los equipos biomédicos con los que se cuentan en el área ( monitores, desfibrilador, ecógrafo y demás) garantizando su conservación. | Usa correctamente el ecógrafo, monitores, desfibrilador y demás equipos que se encuentran en el servicio. | Informe de equipos biomédicos por el área respectiva. |
| Suministrar información clara y oportuna a los pacientes y familiares acerca de diagnóstico, tratamiento, estancia hospitalaria y demás dudas concernientes con la atención medica. | Da asesoría de la atención médica prestada a todos los pacientes y familiares | Historia clínica |

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Controlada Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4**
**DEBE A: JIMENEZ PEREZ VICTOR ENRIQUE C.C 87712270 DE IPIALES NARIÑO**

La suma de $3.481.650, por concepto de: prestación de servicios como Médico General en el área de Urgencias de la Unidad De Servicios De Salud Occidente De Kennedy durante el periodo de 01/07/2023 al 31/07/2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1283-2023.



**JIMENEZ PEREZ VICTOR ENRIQUE**
**C.C 87712270 DE IPIALES NARIÑO**
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**
**NUMERO 570004870299791**

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 87712270 | | JIMENEZ PEREZ VICTOR ENRIQUE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 11 # 140 - 42 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-06 | 2023-06 | 51720842 | 9453017695 | I | 2023/07/19 | 2023/07/17 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $430,900 |

**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)** | | | | | $1,392,169 | $222,800 | | | $1,392,169 | $174,100 | | | $0 | $0 | | | $1,392,169 | $34,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,392,169 | $222,800 | | | $1,392,169 | $174,100 | | | $0 | $0 | | | $1,392,169 | $34,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,392,169 | $222,800 | | | $1,392,169 | $174,100 | | | $0 | $0 | | | $1,392,169 | $34,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 87712270 | JIMENEZ VICTOR | 25-14 | 30 | $1,392,169 | $222,800 | EPS037 | 30 | $1,392,169 | $174,100 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,392,169 | $34,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,392,169 | $222,800 | | | $1,392,169 | $174,100 | | | $0 | $0 | | | $1,392,169 | $34,000 | | $0 | $0 |