Betancourt

| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | BETANCOURT AYALA ANDRES MAURICIO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 80.792.700 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | abetanco14@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3152779140 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | KE10 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Neurología | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | KE10A13 | 77 | KE10B04 | 23 | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570451570077847 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1733 de 2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 2 de 3 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 165 | FECHA | 17/01/19 | NÚMERO DE CRP | 13340 | FECHA | 31/01/19 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | APOYO COMO MÉDICO ESPECIALISTA-NEURÓLOGO | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 3 | 2019 | | 31 | 3 | 2019 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $14.143.254 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $42.429.762 |
| VALOR EJECUTADO | $28.286.508 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $14.143.254 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $14.143.254 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

**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 **$2.070.290**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7714867521 | $5.657.301,60 | $707.163 | $905.168 | 3 | $137.812 | **$1.750.143** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Marzo del año Dos Mil Diez y Nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Hospital de Kennedy
Dr. Fidel E. Sobrino Mejía
Médico Neurólogo
RM. 79.436.979

**FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJÍA**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**ANDRES AMURICIO BETANCOURT AYALA**
**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 | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| **Ubicación del Servicio:** | NEUROLOGIA | | **Sede:** | USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 1733 de 2019 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 3 | 2019 | | 31 | 3 | 2019 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | BETANCOURT AYALA ANDRES MAURICIO | | **C. C.** | 80.792.700 | | **DE** | Bogotá | | |

**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 APOYO COMO MÉDICO ESPECIALISTA-NEUROLOGO 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 |
|---|---|---|---|
| Efectuar labores profesionales en Neurología, relacionadas con la atención de personas con compromiso del sistema nervioso central y periférico, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, recuperación de estas patologías, así como orientar a los pacientes y sus familiares en el conocimiento y tratamiento de su padecimiento neurológico y direccionarlo a los diferentes centros de excelencia del servicio de Neurología. | **100** | Atiende pacientes de neurología que demanden el servicio en la USS occidente de Kennedy en las áreas de consulta externa, hospitalización y urgencias , de acuerdo al ciclo de atención establecido | Notas de evolución en las historias clínicas, oferta de agendamiento diario. Y entrega diaria de RIPS diligenciados. |
| Realizar oportunamente el recibo y entrega de turnos de pacientes. | **100** | Realiza recibo y entrega de turnos de pacientes. | Manejo de libro de entrega de turno que reposa en la coordinación del servicio |
| Realizar las revistas médicas diariamente. | **100** | Realiza revista médica diariamente en los servicios de urgencias y hospitalización. | Registro en hojas de evolución de pacientes. |
| Atender de manera oportuna las interconsultas emitidas por los demás servicios de la unidad de prestación de servicios occidente de Kennedy. | **100** | Realiza respuesta a interconsultas diariamente en los servicios de urgencias y hospitalización. | Registro en hojas de evolución e interconsultas en historia clínica. |
| Dar información a pacientes y/o familiares sobre el estado de salud de acuerdo a la patología que se presente. | **100** | Da información a pacientes y/o familiares sobre el estado de salud de acuerdo a la patología que se presente. | Registro en historia clínica. |
| Diligenciar correctamente la historia clínica establecida en la institución, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica de la unidad de servicios de salud occidente de Kennedy. | **100** | Diligencia correctamente la historia clínica establecida en la institución, de acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica de la unidad de servicios de salud occidente de Kennedy. | Auditoria de calidad en el diligenciamiento de historias clínicas, por parte de la coordinación. |
| Cumplir con el diligenciamiento de los Registros individuales de prestación de servicios de acuerdo a cada una de las subespecialidades del servicio de neurología. | **100** | Diligencia los Registros individuales cada vez que realiza consulta de neurología | RIPS debidamente diligenciados con diagnostico correspondiente. |
| Mantener las estadísticas mensualmente, con el fin de determinar la morbilidad en el servicio de neurología. | **100** | El neurólogo realiza mensualmente las estadísticas. | Consolidado mensual que reposa en la coordinación del servicio. |
| Hacer uso adecuado de los medicamentos, dispositivos médicos, o insumos, que por su labor diaria tengan que utilizar. | **100** | En los procedimientos que realiza el servicio el neurólogo hace adecuado uso de los mismos | ordenes de solicitud de insumos, consignados en las historias clínicas de pacientes según procedimiento. |
| Informar cualquier indicio de atención insegura que se presente durante el desarrollo de sus actividades con el fin de mitigar riesgos en la atención de pacientes. | **100** | Realiza reporte, toda vez que se presente un indicio de atención insegura | Ficha de indicio de atención insegura diligenciadas y gestionadas con la oficina de seguridad del paciente. |
| Participar de manera activa en las juntas de neurologia, que tiene establecido el servicio. | **100** | Participa activamente en las juntas que realiza el servicio | Reportes de evolución de juntas medicas en historia clínica y RIPS entregados al área de gestión documental. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 14.143.254 (Catorce Millones Ciento Cuarenta Y Tres Mil Doscientos Cincuenta Y Cuatro Pesos M/CTE)**

| | |
|---|---|
| **BETANCOURT AYALA ANDRES MAURICIO - CÈDULA 80792700** | **FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJÍA** |

Hospital de Kennedy
Dr. Fidel E. Sobrino Mejía
Médico Neurólogo
RM. 79.436.873

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

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80792700 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANDRES MAURICIO BETANCOURT AYALA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 78A # 100A-10 APTO 404 | TELÉFONO: | 2280590 |
| 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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7714867521** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2019 | SALUD: | AÑO: | 2019 |
| DÍAS DE MORA: | 1 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2019/03/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 420622528 | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 1.376.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 1.376.500** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 1.012.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 1.012.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 197.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 197.300** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 2.585.800** |

Hospital de Kennedy
Dr. Fidel E. Sobrino Mejía
Médico Neurólogo
RM. 79.436.979

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80792700 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANDRES MAURICIO BETANCOURT AYALA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 78A # 100A-10 APTO 404 | TELÉFONO: | 2280590 |
| 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 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7714867521 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO | 2019 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero AÑO | 2019 |
| DÍAS DE MORA: | | | 1 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2019/03/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 420622528 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 1.294.300 | $ 0 | $ 0 | $ 40.500 | $ 40.500 | $ 1.000 | $ 200 | $ 1.375.300 | $ 1.200 | $ 1.376.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 1.375.300 | $ 1.200 | $ 1.376.500 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 1.011.200 | $ 0 | $ 800 | $ 0 | $ 1.011.200 | $ 800 | $ 0 | $ 1.012.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 1.011.200 | $ 800 | $ 0 | $ 1.012.000 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 197.100 | $ 197.100 | $ 200 | $ 0 | $ 197.300 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 197.100 | $ 200 | $ 0 | $ 197.300 |

**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 80792700 | BETANCOURT AYALA ANDRES MAURICIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 7.696.000 | | | | NO | | | | | | | | X | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 8.089.215 | $ 1.294.300 | $ 40.500 | $ 40.500 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 1.375.300 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 8.089.215 | $ 1.011.200 | $ 0 | $ 1.011.200 | 14-11 - AHL SURA | 30 | $ 8.089.215 | 80792700 | $ 197.100 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 2.585.800 |
|---|---|

Planilla Pagada

Hospital de Kennedy
Dr. Fidel E. Sobrino Mejía
Médico Neurólogo
RM. 79.436.979