| 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 | 2/15/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Daniel Riaño Fonseca | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1000502281 | |
| CORREO ELECTRONICO: | rianodaniel2@gmail.com | | | | CELULAR: | 3133181970 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | HOSPITALIZACION MEDICINA GENERAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10I01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 488409677421 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6244 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 2024-01-17 10:45:28.000 | NÚMERO DE CRP | 8752 | FECHA | 2024-01-17 10:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-01-01 | | 2024-01-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $6,850,194 | | | | |
| 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: | $36,313,394 |
| VALOR EJECUTADO | $36,018,762 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $6,850,194 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $294,632 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73930756 | $2,740,078 | $342,510 | $438,412 | 3 | $66,748 | $847,670 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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 certificada Subred Suroccidente

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 |
|---|---|---|
| 1.Realizar las actividades y procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, señalados para el manejo de patologías; establecidos dentro del plan integral de su especialidad. 2.Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3.Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 7.Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8.Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 9.Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 10.Practicar el seguimiento y control a pacientes con los que requiera participación, informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 11.Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12.Emitir conceptos médicos que se le requieran. 31.Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. | Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnostico y terapeutica de acuerdo con cada paciente registrandose en la historia clinica del aplicativo institucional. | Se alimenta la informacion en la historia clinica en el aplicativo institucional |
| 4.Participar en la programación de actividades del área. 16.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Asistencia a las reuniones del servicio relacionadas con el servicio para determiniar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atencion | n/a |
| 5.Reportar eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6.Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 13.Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema de Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 17.Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos porra Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 18.Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales y extra institucionales. 20.Participación en las investigaciones que se adelantan en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico e intervención de los usuarios. 26.Conocer y aplicar las políticas institucionales. 27.Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación, que sea requerida, según el área a que corresponda. 33.Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 36.Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 42.Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato. | Se diligencian los fomatos establecidos por la subred relacionacos con la atención al paciente y bases de datos para la estadistica de la unidad Kennedy, de acuerdo con la normatividas vgente | Se alimenta la informacion en la historia clinica en el aplicativo institucional |
| 24.Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual. 25.Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamentario Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 29.Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética institucional y/o Profesional. 37.El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación De Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato. 39.El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de las situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención medica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión medica. | Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos eticos, morales, juridicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cavalidad la mision institucional | Atención integral |
| 19.Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 22.Entregar la constancia de la afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. 30.Pagar sus aportes al Sistema general de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato. 35.Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas ´por este, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. | Realicé el registro en la historia clinica de los pacientes atendidos al igual que los datos para consolidar la informacion mensual necesaria, en los aplicativos institucionales | Se alimenta la informacion en la historia clinica en el aplicativo institucional |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 32.Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos, o bienes muebles entregados a titulo de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravió, perdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, el CONTRATANTE queda autorizado para deducir de los saldos pendientes a favor del CONTRATISTA las sumas correspondientes como pago o reposición de los mismos. 41.Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje. | Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias. | n/a |
| 34.Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades publicas o privadas; dentro de los términos de la ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 44.El CONTRATISTA se obliga a realizar actividades de Docencia Servicio e investigación cuando lo requiera la Subred de acuerdo al procedimiento establecido para ello. | n/a | n/a |

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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 Certificada Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

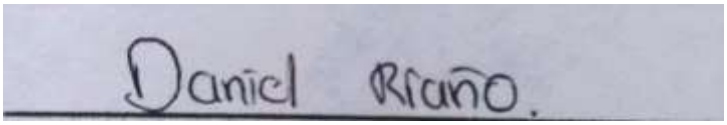
**DEBE A:**

**DANIEL RIAÑO FONSECA**

**C.C. 1000502281 DE BOGOTÁ D.C.**

La suma de: ($6.850.194) Seis millones ochocientos cincuenta mil ciento noventa y cuatro pesos m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios profesionales a la gestión asistencial como Médico Hospitalario en la unidad Kennedy, por 186 horas a razón de $36.829 hora, durante el periodo de 1 al 31 de enero de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 6244-2023




**DANIEL RIAÑO FONSECA**

**C.C. 1000502281 DE BOGOTÁ D.C.**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 488409677421**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1000502281 | DANIEL RIAÑO FONSECA | KRA 71DBIS#12A-40 | 3125429707 | rianodaniel2@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 11/01/2024 | 73930756 | $1.175.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 475.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 475.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 608.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 608.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-4 | Vida Colpatria S.A. | 860002183-9 | 92.600 | | | | 92.600 | 0 | 0 | 92.600 | | | 926 | 92.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 475.000 | 475.000 |
| Pensión | 1 | 608.000 | 608.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 92.600 | 92.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 1.175.600 | 1.175.600 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1000502281 | DANIEL RIAÑO FONSECA | | KRA 71DBIS#12A-40 | 3125429707 | rianodaniel2@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 11/01/2024 | 73930756 | $1.175.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1000502281 | RIAÑO FONSECA DANIEL | 59 | 0 | | | N | | | | | | | X | | | | | | | | | | 230301 | 3.800.000 | 608.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 3.800.000 | 475.000 | 14-4 | 3.800.000 | 3 | 92.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información