

					Versión 3			
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:			john elder diaz charry					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		12137660
CORREO ELECTRONICO:			amidavi@hotmail.com			CELULAR:		3013325806
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	BO37B01	50	BO37B03	50				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			7590379454				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4237			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	339	FECHA	2024-01-24 15:34:13.000		NÚMERO DE CRP	16284	FECHA	2024-02-01 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL
					2024-02-01			2024-02-29
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$6,792,348			
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:						\$20,377,044		
VALOR EJECUTADO						\$6,792,348		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$6,792,348		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$13,584,696		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						33%		
El intervisor 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	
9462930614	\$2,716,939	\$339,617		\$434,710	3	\$66,185	\$840,512	
Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ 52705161 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Atender las consultas que se presenten en el servicio de urgencias	Atender las consultas que se presenten en el servicio de urgencias	Atender las consultas que se presenten en el servicio de urgencias
Ordenar los exámenes, hacer diagnóstico y prescribir el tratamiento a seguir	Ordenar los exámenes, hacer diagnóstico y prescribir el tratamiento a seguir	Ordenar los exámenes, hacer diagnóstico y prescribir el tratamiento a seguir
Cumplir los protocolos de manejo de urgencias	Cumplir los protocolos de manejo de urgencias	Cumplir los protocolos de manejo de urgencias
Notificar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y eventos adversos	Notificar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y eventos adversos	Notificar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y eventos adversos
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos	Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos	Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos
Revisar la observación del paciente llene los requisitos establecidos	Revisar la observación del paciente llene los requisitos establecidos	Revisar la observación del paciente llene los requisitos establecidos
impartir instrucciones y coordinar al personal tecnico y auxiliar en los procedimientos a ejecutar	impartir instrucciones y coordinar al personal tecnico y auxiliar en los procedimientos a ejecutar	impartir instrucciones y coordinar al personal tecnico y auxiliar en los procedimientos a ejecutar
<p style="text-align: center;">CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ 52705161 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12137660		DIAZ CHARRY JHON ELDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 87 B 19 A 66 TORRE 8 APT 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-01	2024-01	453204977	9462930614	I	2024/02/14	2024/02/13	BANCO DAVIVIENDA	\$922,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$2,800,000	\$56,000			\$2,800,000	\$68,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$2,800,000	\$56,000			\$2,800,000	\$68,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$2,800,000	\$56,000			\$2,800,000	\$68,300		\$0	\$0	
1	CC	12137660	DIAZ JHON	25-14	30	\$2,800,000	\$448,000	EPS001	30	\$2,800,000	\$350,000	CCF24	30	\$2,800,000	\$56,000	14-11	30	\$2,800,000	\$68,300	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$2,800,000	\$56,000			\$2,800,000	\$68,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12137660		DIAZ CHARRY JHON ELDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 87 B 19 A 66 TORRE 8 APT 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-01	2024-01	453204977	9462930614	I	2024/02/14	2024/02/13	BANCO DAVIVIENDA	\$922,300

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$448,000	\$0	\$0	\$448,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$448,000	\$0	\$0	\$448,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$68,300	\$0	\$0	\$68,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$68,300	\$0	\$0	\$68,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$56,000	\$0	\$0	\$56,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$56,000	\$0	\$0	\$56,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000
TOTAL				1	\$922,300	\$0	\$0	\$922,300