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:	William David Arregoces Fernandez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1019056664	
CORREO ELECTRONICO:	william-arregoces@hotmail.com				CELULAR:	3033592	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA FAMILIAR USS 92 PATIOS				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU59A41	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550474700039024				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3107			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	328	FECHA	2024-01-20 16:49:01.000	NÚMERO DE CRP	15311	FECHA	2024-02-01 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- MEDICINA FAMILIAR						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-03-01		2024-03-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,350,240						
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:	$29,378,000
VALOR EJECUTADO	$3,819,140
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,350,240
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$25,558,860
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	13%

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
75656915	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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
"Realizar la Consulta Externa de medicina familiar según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y/o donde el supervisor del contrato lo requiera."	Consulta de Externa	CONSULTA MEDICA AMBULATORIA RESOLUTIVO SU TOTALIDAD
" Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente. "	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	HISTORIA CLINICA DILIGENCIADA CON VERACIDAD, OPORTUNIDAD Y CALIDAD.
" Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas. "	Cumplir las actividades totalmenmte	CUMPLIENDO EN TODO MOMENTO CON DICHOS EJERCICIOS.
" Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades."	Cumplimiento en su totalidad de las polticas institucionales	SE REALIZAN ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCION DE MANERA INTEGRAL EN EL AREA AMBULATORIA
"Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado. "	Cumplimiento ade las metas de las polticas institucionales.	Se cumplio con las estrategias.
"Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. "	Cumplimiento de las obligaciones establecidas	Se aplicaron las estrategias planteadas
" Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente"	Notificacion oportuna de eventos de notificacion obligatoria	NO HUBO EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
"Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio."	Cumplimiento con los procesos, manteniendo cursos actualizados	Se aplicacion los proceso establecidos
" Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad ""tu tambien puedes salvar vidas"" "	Aderencia al reporte adecuado y oportuno	SE realizaron los reportes oportunamente
" Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas."	Cumplimiento de la actividad establecida del contrato	Se informa periodicamente las actividddes siempre
"Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute. "	Disponibilidad total para las actividades de educacion continuada de mi proceso	ASISTENCIA A CADA CITUACION PARA EL CUMPLIMIENTO DE FORTALECIMENTO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS
" Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas."	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL,
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	informe oportuno y tiempo establecedio de las agendas	Se complio oportunamente
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Cumplimiento con actividades del contrato de manera oportuna en las obligaciones contractuales.	Se realizaron los consentimento en su totalidad
"Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred"	Cumplimiento con actividades del contrato de manera oportuna en las obligaciones contractuales	Cumplido
"Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato."	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Se entregaron todos aportados
" Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios"	participacion activa en investigacion de la subred	Se participo activamente en todas las reuniones
" Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc"	abjuntar documentos solicitados en el suresoc	Siempre se abjunta en su totalidad
" En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato. "	Cumplir con las normales establecidas en el contrato	Se cumplio a cabalidad
"Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia ""Quitate la bata"" en el cotexto de seguridad del paciente."	Uso adecuado de elementos de identificacion personal	Se utilizaron todos los elemento de proteccion personal segun caso
"Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.."	Cumplir con las normales establecidas en el contrato	Metas cumplidas

Copia certificada Subred Suroccidente

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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

Cuenta No. 164090

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
William David Arregoces Fernandez	1019056664	william-arregoces@hotmail.com	3033592	BANCO DAVIVIENDA S.A	AHORRO	550474700039024

PERIODO	SUPERVISOR	CONTRATO CDP / CRP	CENTROS DE COSTO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	NO. PLANILLA	PLANILLA
2024-02-01 / 2024-02-29	INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS	3107 328 / 15311	• SU59A41 - 100 %	• EQUIVALENTE-1019056664-20240216033117-Patallazo de cumplimiento.pdf • EQUIVALENTE-1019056664-20240221080037-DOCUMENTO EQUIVALENTE FEBRERO 2024.pdf	74752577	• PLANILLA-1019056664-20240214060157-74752577.pdf • PLANILLA-1019056664-20240221080037-74925740.pdf

VALOR TOTAL MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	VALOR A LIBERAR	SALDO POR EJECUTAR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$22,033,500	$1,468,900	$1,468,900		$20,564,600	6.67%

ID	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
17247082	"Realizar la Consulta Externa de medicina familiar según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y/o donde el supervisor del contrato lo requiera."	• Consulta de Externa	• CONSULTA MEDICA AMBULATORIA RESOLUTIVO 100 %
17247083	" Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente. "	• CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	• HISTORIA CLINICA DILIGENCIADA CON VERACIDAD, OPORTUNIDAD Y CALIDAD.

CERRAR VENTANA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

WILLIAM DAVID ARREGOCES FERNANDEZ

CC. 1019056664. BOGOTA DC.

La suma de $2.350.240 por concepto de: Prestación de Servicios como: prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la subred integrada de servicios de salud suroccidente E,S,E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo de Marzo 01 al 31 del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3107-2024.



WILLIAM DAVID ARREGOCES FERNANDEZ

NOMBRES Y APELLIDO CONTRATISTA

CC. 1019056664. BOGOTA DC.

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 474700039024.

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	1019056664	WILLIAM DAVID ARREGOCES FERNANDEZ	carrera 50 # 150-28	5490417	william-arregoces@hotmail.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	
2024-02	2024-02	I	18/03/2024	75656915	$455.900	

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	183.700	0		0		0	3	500	0	184.200	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
230901	Old Mutual	800253055-2	235.100	0	0	0	0	3	700	0	235.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	35.800				35.800	3	100	35.900			358	35.900	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	183.700	184.200
Pensión	1	235.100	235.800
Riesgos Laborales	1	35.800	35.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	454.600	455.900

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	1019056664	WILLIAM DAVID ARREGOCES FERNANDEZ		carrera 50 # 150-28	5490417	william-arregoces@hotmail.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	
2024-02	2024-02	I	18/03/2024	75656915	$455.900	

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	1019056664	ARREGOCES FERNANDEZ WILLIAM DAVID	57	0			N																	230901	1.468.900	235.100	0	0	0	0	EPS005	1.468.900	183.700	14-11	1.468.900	3	35.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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