26938

| 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: | RONALD RENCEY SIABATO MORENO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 79724166 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | rsiabato081@gmail.com | | | | CELULAR: | 3124175715 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | Occidente de Kennedy | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UCI | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10J02 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24083065736 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1782 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 2 de 3 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 165 | FECHA | 17/01/2019 | NÚMERO DE CRP | 13386 | FECHA | 31/01/2019 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestion como INTENSIVISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de las necesidades de la institucion | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 3 | 2019 | | 31 | 3 | 2019 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $7.299.744 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | NA | | | | | | |

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: | $16.424.424 |
| VALOR EJECUTADO | $13.078.708 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $7.299.744 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.345.716 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 80% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14304547 | $3.144.312 | $550.000 | $748.000 | 3 | $107.200 | **$1.405.200** |

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

Orlando Enrique Nuñez Soto
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ronald Siabato
RONALD RENCEY SIABATO MORENO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| Secretaría de Salud Subred Integrado 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: | UCI ADULTOS | | Sede: KENNEDY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 1782 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 3 | 2.019 | | 31 | 3 | 2.019 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | RONALD RENCEY SIABATO MORENO | | C. C. 79.724.166 | | | DE : Bogotá | | | |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar mis servicios y conocimientos con calidad y eficacia como Profesional Especializado de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Kennedy, en la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos,

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Manejo de Ventilación mecanica | 100% | Ordenó laboratorios clínicos, | en historia clinica |
| Interpretación de gases Arteriales, radiografias y laboratorios soliitados | 100% | Ordenó Imágenes diagnósticas, | en historia clinica |
| Manejo de soporte Hemodinámico | 100% | Elaboró Epicriis continuadas | en historia clinica |
| Realizó reanimación cardio pulmonar,manejo de vía aerea | 100% | Respondio interconsultas de cuidado crítico, registrarlas en el libro de interconsultas | en historia clinica |
| Manejo de catéteres para monitoreo invasivo | 100% | Realizó diariamente evoluciónes | en historia clinica |
| Diligenciar justificaciones de medicamentos No pos | 100% | Realizó diariamente ordenes medicas | en historia clinica |
| Cumplió con el reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional y ejecutó procedimientos seguros de trabajo según las actividades realizadas en la Institución, lavado de manos, medidas de aislamiento y correcta técnica en la colocación de dispositivos invasivos | 100% | Realizó diariamente ingresos del servicio | en historia clinica |
| | 100% | Realizó diariamente egresos del servicio | en historia clinica |
| | 100% | Dar informacion a la familia de acuerdo al proceso del servicio,llevando el formato de control de informe medico. | en historia clinica |
| | | | |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR ( $ 7299744= ): SIETE MILLONES, DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE SETESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS MCTE

Ronald Siabato

RONALD RENCEY SIABATO MORENO cc__79724168_____

Fecha : de Marzo de 2019 supervisor

ORLANDO ENRIQUE NUÑEZ SOTO

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

PLANILLA NRO. 14304547 Tipo I 2019 02 ASOPAGOS

**DATOS GENERALES**

| TIPO | NÚMERO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO PRESENTACIÓN | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CÓDIGO | PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | NÚMERO PLANILLA | REFERENCIA DE PAGO (PIN) | TIPO EMPRESA | CLASE APORTANTE | CÓDIGO ARL | CÓDIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 79724166 | RONALD SIABATO MORENO | ÚNICO | 0 | 0 | 2019-02 | 2019-02 | 14304547 | | PRIVADA | I | 14-23 | 86 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CÓDIGO | TELÉFONO | FAX | CORREO ELECTRÓNICO | ACTIVIDAD ECONÓMICA | VALOR NÓMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO | FECHA LÍMITE DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CRA 23 G N 150 63 | BOGOTA | 1 | BOGOTA D.C | 11 | 6482315 | 0 | reisbato0612gmail.com | 0090 | 0 | 1 | | 2019-03-15 |

**TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| CÓD / NOMBRE EPS | NIT EPS | COT OBLIGATORIA | UPC ADICIONAL | # AUT INC | VALOR INC | # AUT LIC | VALOR LIC | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES UPC | SUBTOTAL COT | SUBTOTAL UPC | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR UPC | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | 550000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 550000 | 0 | 0 | 0 | 550000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 550000 | 1 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA**

| CÓD / NOMBRE AFP | NIT AFP | COT OBLIGATORIA | COT VOL AF | COT VOL AP | FONDO SOL | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES FONDO SOL | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 800229739 | 704000 | 0 | 0 | 22000 | 0 | 0 | 0 | 748000 | 1 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES**

| CÓD / NOMBRE ARL | NIT ARL | COT OBLIGATORIA | # AUT INC | VALOR INC | OTROS RIESGOS | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | SUBTOTAL APORTES | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO FAVOR | FONDO SOL | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 860011153 | 107200 | 0 | 0 | 0 | 107200 | 0 | 0 | 107200 | 0 | 0 | 0 | 107200 |

**TOTAL APORTES A SENAF**

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES A MINISTERIO**

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| CÓD / NOMBRE CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SINCCF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

**TOTAL APORTES A ICBF Y SENA**

ICBF

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

SENA

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

**NÚMERO ADMINISTRADORAS**

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |

**TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA**

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 748000 |
| SALUD | 550000 |
| RIESGOS LABORALES | 107200 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |
| SENA | 0 |
| ICBF | 0 |
| ESAP | 0 |
| MINISTERIO | 0 |
| GRAN TOTAL | 1405200 |

| HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY I NIVEL E.S.E. | ENCUESTA DE SATISFACCIÒN DE EVENTOS | |
|---|---|---|

| Fecha de diligenciamiento | Nombre de la Actividad | Nivel del participante | | |
|---|---|---|---|---|
| 11-05-2016 | Simposio de bioseguridad Tomas de Sangre | Directivo | Asesor | Profesional |
| | | Técnico | Asistencial | Operativo |

***Estimado participante favor contestar objetivamente los siguientes ítems, utilizando la escala de valores:***

| | |
|---|---|
| 5 | **EXCELENTE:** Supera lo que usted esperaba. |
| 4 | **BUENO:** Cumple con lo que usted esperaba. |
| 3 | **REGULAR:** Esta por debajo de lo usted esperaba |
| 2 | **MALO**: No cumple con sus expectativas |
| 1 | **PESIMO**: Inaceptable |

**Marque (X) sobre el Número que usted considere, Frente a cada aspecto.**

| CONTENIDO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | El (los) tema(s) tratados respondieron al (los) objetivo(s) propuesto(s) para el evento. | | | | | X |
| 2 | La (s) actividad(es) expuesta(s) le permitieron participar y entender cada tema desarrollado. | | | | | X |
| 3 | El tiempo empleado para desarrollar cada uno de los temas fue adecuado. | | | | | X |

| CONFERENCISTA(S) – PONENTE(S) | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Considera que el (los) ponente(s) tiene(n) un dominio adecuado del tema. | | | | | X |
| 5 | La información que se proporcionó fue clara y completa. | | | | | X |
| 6 | El material didáctico y calidad de la metodología utilizada (láminas, diapositivas, etc.) fue apropiado. | | | | | X |

| ORGANIZACIÓN | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Puntualidad en el inicio y tiempos establecidos para el desarrollo del evento. | | | | | X |
| 8 | Como considera la atención prestada por el(los) organizador(es) del evento. | | | | | X |
| 9 | Las instalaciones y equipos utilizados para el desarrollo del evento fueron adecuadas (Ventilación, higiene, iluminación, infraestructura, comodidad, sonido, equipo de computo, video beam, otros). | | | | | X |
| 10 | Grado de satisfacción al finalizar el evento. | | | | | X |

***Comentarios y/o Sugerencias***

***Gracias***