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:	MAURICIO JARAMILLO PAQUE												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	4.652.639							
CORREO ELECTRONICO:	maugarp@hotmail.com				CELULAR:	3006162809							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Sub Red Suroccidente								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCIÓN DOMICILIARIA				SEDE:	Trinidad Galan							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10I18	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	008600418548								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**4208-2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**9 DE 9**	
NÚMERO DE CDP	1495	FECHA	29/10/2019	**NÚMERO DE CRP**	**49896**	**FECHA**	**31/10/2019**	
NÚMERO DE CDP	1495	FECHA	29/10/2019	**NÚMERO DE CRP**	**52197**	**FECHA**	**21/11/2019**	
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Psiquiatria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**							

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	11	2019		30	11	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$12.215.061							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

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:	$62.352.537
VALOR EJECUTADO	$61.634.004
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$12.215.061
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$718.533
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 $2.070.290, 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
7736346582	$3.832.176	$479.022	$613.148	4		**$1.092.170**

Dado en Bogota a los (30) dias del mes de Noviembre del año dos mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ

MAURICIO JARAMILLO PAQUE

4652639

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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	ATENCION DOMICILIARIA			**Sede: Trinidad Galan**					
No. DE CONTRATO:	**4208-2019**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2.019		30	11	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAURICIO JARAMILLO PAQUE		**CC**	4.652.639			**DE**	CALOTO CAUCA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Psiquiatria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
.1.Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	SI	Evaluar al paciente, realizo la anampnesis, elaboracion de diagnostico y realizo el plan de tratamiento	Diligenciamiento de evolucion el la historias clinica con antecendentes personales y evoluciones diarias.
2.Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SI	cumplo eticamente en la elaboracion y cuidado de la informacion de la historia clinica del paciente	Entrega de historia clinica respecto a su unidad de atencion
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	SI	se realizaq evolucion diaria de los pacientes y ademas registramos en el sistema del hispital cumpliendo con los items de la respectiva informacion	Dillgenciamento de los formatos de informacion de la subred
4. Participar en la programación de actividades del área	SI	Se cumple con la asistencia y participacion de activadades propuestas	Presentacion de actas de asistencia
5.Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	SI	Se reportara cualquier notificacion obligatoria	Reportar en la pagina de seguridad al paciente
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,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	SI	Se participa en la identificacion del faltas y las dificultades que se presenten y en la capacitacion del personal para manejo con los pacientes.	Presentacion de acta de asistencia y capacitacion
7. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI	Se diligenciara los formatos con criterios de legibilidad	Entrega de evoluciones de los pacientes
8. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	SI	Se diligenciara el consentimiento informado de acuerdo con su diagnostico y se le notificara al paciente	Entrega de consentimiento informado
9.Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	SI	Informamos al paciente y a su familia solo los diagnosticos y tratamientos que se realicen con el paciente	Entrega de evoluciones con los datos respectivos
10. ,Emitir conceptos médicos que se le requieran,apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	SI	Diaramente se emite el concepto y se notifica,la informacion ya que quedara en la historia clinica	Entrega de evoluciones
11. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	SI	Se entregara informa informe con las visitas de los receptivos pacientes visitados en el mes	Entrega de Informe Mensual
12. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	SI	Se responde por cada uno de los elementos y en caso de terminacion de contrato se entregaran.	Entrega de elementos
13. ,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca	SI	Se participara en todas las reuniones y cumpli con la asistencia de la induccion respectiva	Entrega de actas de asistencia y formato de entrenamiento de puesto de trabajo
14. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,	SI	Se participara en todas las reuniones y cumpli con la asistencia de la induccion respectiva	Entrega de actas de asistencia y formato de entrenamiento de puesto de trabajo
15. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de Información de la Subred	SI	Se reportaran las actividades realizadas y se apoyara en las actividades de la subred	Entrega de evoluciones y actas de asistencia a actividades
16. ,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	SI	Participacion correcta en investigaciones para conocer nuevas alternativas.	Entrega de actas de asistencia
17. ,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	Presentacion de constacia de afiliacion (EPS, Pension, ARL)	Entrega de certificados
18. ,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI	Elaboracion de informe mensual de las actividades realizadas acorde con el objeto del contrato	Entrega de Informe Mensual

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $12.215.061 QUINCE MILLONES DOCIENTOS QUINCE MIL SESENTA Y UN PESOS

MAURICIO JARAMILLO PAQUE

DAVID EDUARDO PENUELA JIMENEZ

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:	4652639
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAURICIO JARAMILLO PAQUE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 11A N 118 -73	TELÉFONO:	5228373
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - MAURICIO 1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7736346582**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		520014055

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 884.000
SUBTOTAL:			1	**$ 884.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 650.000
SUBTOTAL:			1	**$ 650.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 1.534.000**

Planilla Pago