| | | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| **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: | IVAN CAMILO ROBAYO DIAZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1016067349 | |
| CORREO ELECTRONICO: | ivancrobayo@gmail.com | | | | CELULAR: | 3213501150 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU46K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO COLPATRIA | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 2802010637 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7088 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2352 | FECHA | 2024-11-13 16:01:02.000 | NÚMERO DE CRP | 69905 | FECHA | 2024-11-15 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN MEDICINA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-10-20 | | 2024-10-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $915,492 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | 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: | $2,807,509 |
| VALOR EJECUTADO | $915,492 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $915,492 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,892,017 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 33% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1016067349 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | Actas de induccion | Actas de induccion |
| 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado. | Actas de apropiacion de lineamientos. | Actas de apropiacion de lineamientos. |
| 3. Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada | Capacitacion equipos basicos extramurales de hogar. | Capacitacion equipos basicos extramurales de hogar. |
| 4. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes. | Actas de induccion | Actas de induccion |
| 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred | Actas de apropiacion de lineamientos. | Actas de apropiacion de lineamientos. |
| 6. Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Capacitacion equipos basicos extramurales de hogar. | Capacitacion equipos basicos extramurales de hogar. |
| 7. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención | Actas de induccion | Actas de induccion |
| 8. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. | Actas de apropiacion de lineamientos. | Actas de apropiacion de lineamientos. |
| 9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | Capacitacion equipos basicos extramurales de hogar. | Capacitacion equipos basicos extramurales de hogar. |
| 10. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas. | Actas de induccion | Actas de induccion |
| 11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio. | Actas de apropiacion de lineamientos. | Actas de apropiacion de lineamientos. |
| 12. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Capacitacion equipos basicos extramurales de hogar. | Capacitacion equipos basicos extramurales de hogar. |
| 13. Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones. | Actas de induccion | Actas de induccion |
| 14.Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | Actas de apropiacion de lineamientos. | Actas de apropiacion de lineamientos. |
| 15. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Capacitacion equipos basicos extramurales de hogar. | Capacitacion equipos basicos extramurales de hogar. |

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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**

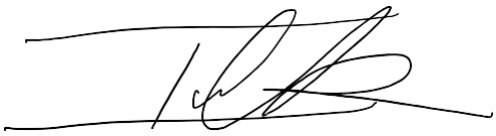
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**
**IVAN CAMILO ROBAYO DIAZ**
**C.C 1016067349 de BOGOTÁ**

La suma novecientos quince mil cuatrocientos noventa y dos pesos Mcte) ($915.492), por concepto de servicios como MEDICO GENERAL EN GESTION DL RIESGO EN SALUD, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 20 al 31 de octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7088-2024.

---



**IVAN CAMILO ROBAYO DIAZ**
C.C 1016067349 DE BOGOTA
**CUENTA DE AHORROS BANCO COLPATRIA**
**NUMERO 2802010637**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 20 al 31 de octubre 2024 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.**



**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**
**Apoyo a la supervisión**
**Equipos Básicos extramurales**

# ALIANSALUD

**830.113.831-0**

## CERTIFICA

## ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) IVAN CAMILO ROBAYO DIAZ identificado con CC No. 1016067349 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 1016067349, con vigencia desde 9/17/2024 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

| N.B | IDENTIFICACION | NOMBRES Y APELLIDOS | EDAD | SEMANAS COTIZADAS | FECHA AFILIACION | ESTADO | FECHA VENCIMIENTO | COTIZA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1016067349 | IVAN CAMILO ROBAYO DIAZ | 30 | 0 | 17/09/2024 | Vigente | | Si |

Se expide en Bogotá a los 2 días del mes de Noviembre del 2024



FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**IVAN CAMILO ROBAYO DIAZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.016.067.349**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL

Medellin, 2 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **IVAN CAMILO ROBAYO DIAZ** con documento de identidad **C1016067349**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-10-22 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA