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:	CARLOS ARTURO RUEDA CARO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79.286.182							
CORREO ELECTRONICO:	carueda@hotmail.com				CELULAR:	3102600610							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA (FO08)												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA)FO08				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A40	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20415807304								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3954-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5			
NÚMERO DE CDP	962 1109 1250	FECHA	28/5/2018 26/6/2018 27/07/2018	NÚMERO DE CRP	26728 30822 34896	FECHA	31/5/2018 30/6/2018 31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como FISIATRA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2018		31	8	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$18.011.270									
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:	$103.000.000
VALOR EJECUTADO	$95.473.370
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$20.181.540
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7.526.630
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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 $**1.953.105**, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
29208767	$8.072.616,00	$1.009.077	$1.291.619	3	$196.649	**$2.497.344**

Dado en Bogotá en SEPTIEMBRE del año (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CARLOS ARTURO RUEDA CARO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	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:	FISIATRIA							Sede: CAPS ZONA FRANCA			
No. DE CONTRATO:	3954-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	8	2.018		31	8	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS ARTURO RUEDA CARO		C. C.		79.286.182		DE	BOBOGTA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE FISIATRIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servi SI X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar respuesta a la interconsulta de Fisiatría, derivada de los servicios de Hospitalización y urgencias.	SI	Realice las interconsultas de fisiatría derivada de los sevicios de hospitalización y urgencias	por medio del registro adcuado de la histroia clinica en el sistema de la subred se dio cumplimiento a las exigencias legales y eticas
Realizar la Consulta Externa de Fisiatría 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 unidad prestadora de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón, y/o donde el supervisor del contrato lo requiera.	SI	Realice las actividades y procedimiento diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan tintegral del cuidado del paciente	Se atende consulta programada por medio de la consulta de FISIATRIA se realizo el ejercicio medico profesional usando las herrameintas diagnosticas con las que secuenta para el cuidado del paciente
Realizar ayudas diagnósticas, toma y lectura de Electromiografías, Neuroconducciones, Test de Lambert, potenciales y Fenolizaciones para los pacientes del Hospital y demás procedimientos de Electrodiagnóstico en el consultorio ubicado en la Carrera 19 A Nº 82-51 según la agenda de atención acordada con el Supervisor del contrato aplicando en cada actividad la ética y responsabilidad que la profesión y la ley le imponen para su ejercicio.	SI	Se realizaron las ayudas diagnosticas, como toma y lecturas de los procedimientos (electromiografias, Neuroconducciones) autorizados en el consultorio de la carrera 19A 82-51, según lo agendado.	Historias clinocas entregadas en fisico a los pacientes y se envio de manera digital a la coordinacion , según lo acordado
Presentar las hojas de vida de los equipos utilizados, cronogramas de mantenimiento, certificados de calibración y póliza de aseguramiento de dichos equipos.	SI	Los equipos tiene su respectiva hoja de vida colocada en el mismo, para efectos de información.	Se entregó a ingenieria biomedica una copia fisica del estado del equipo y de su forma de manejo
Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente , y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro médico	SI	cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	se realizo diligenciamiento de la historia clinica y sus anexos dentro del marco legal y etico según Resolución 1995 de 1999
Entregar diariamente los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS), completamente diligenciados de acuerdo a la resolución 3374 de 2002 y a la resolución 0951 del 2003 del Ministerio de salud, al área de estadistica o quien defina el coordinador del centro.	SI	Se diligencia los RIPS y se hacen firmar por el paciente	Se entrega en físico en consultorio 102 los los RIPS debidamente diligenciados
Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia.	SI	Se aplica las guias que se encuentran en almera	Adherencia a guias del servicio
En caso de presentar dificultades para asistir a la consulta programada deberá informar oportunamente al Supervisor del Contrato y garantizar la reprogramación de la Agenda	SI	Planeo la consulta y evito la reprogramacion de agendas	Envio de agendas planeadas para evitar reprogramación
Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	SI	Se cumplio oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	Se cumplio la programacion de la consulta según agenda programada
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.	SI	Registro en la historia clinica la reconciliacion medicamentosa de los pacientes, Registro el riesgo clinico y de seguridad del paciente en la historia clinica.	Registro en la historia clinica la reconciliacion medicamentosa de los pacientes, Registro el riesgo clinico y de
Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.	SI	Cumplo las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.	Me adhiero a la tecnica del lavado de manos, segregacion de residuos, manual de bioseguridad etc.
Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad. Oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	SI	Brindo un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad. Oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	Trato humanizado a los pacientes y sus familias
Reportar en forma oportuna al líder del proceso ambulatorio intramural y Subgerencia de Servicios de Salud, los eventos adversos que se presentan en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	SI	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	No se realizo en este mes

Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas que la regulan.	SI	Se Realiza la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	Entrega de referencia a usuarios para autorizacion de su eps.
Presentación de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades (No Consultas realizadas, procedimientos realizados y procedimientos cancelados) copia de RIPS, factura de pago de la consulta externa y soportes de pagos de parafiscales	SI	Se entrega la factura debidamente diligenciada con los soportes fisicos y digitales de las actividades realizadas durante el periodo establecida	Oportunamente se entrega Factura, soportes fisicos dados por la sebred , Relación en fisico y digital de los soporte y soporte digital de las electromiografias realizadas en el periodo establecido
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional . incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la Bata" en el contexto de seguridad del paciente	SI	Usé adecuadamente bata y carne según lineamiento institucional . incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la Bata" en el contexto de seguridad del paciente	Me adhiero a la estrategia de utilizar la bata y retirarla cuando este fuera de la institucion, o en area de alimentación
Hacer entrega al área de ingenieria biomédica los manuales en español de los equipos que suministre el especialista, al igual que el cronograma de mantenimiento preventivo, cronograma de calibraciones para los equipos que lo requieran, reportes de mantenimientos preventivo , reportes de mantenimiento correctivo y reportes de calibración para los equipos que requieran calibración. Todos los documentos se deben mantener actualizados y deben hacerlos llegar antes de realizar procedimiento con estos equipos, o en el momento de ingresar a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud. El incumpliento podrá generar el no pago de cuentas de cobro o facturas.	SI	Se realiza entrega al área de ingenieria biomédica los manuales en español de los equipos que suministre el especialista, al igual que el cronograma de mantenimiento preventivo, cronograma de calibraciones para los equipos que lo requieran, reportes de mantenimientos preventivo , reportes de mantenimiento correctivo y reportes de calibración para los equipos que requieran calibración. Todos los documentos se deben mantener actualizados y deben hacerlos llegar antes de realizar procedimiento con estos equipos, o en el momento de ingresar a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud. El incumpliento podrá generar el no pago de cuentas de cobro o facturas.	Se entrega hoja de vida del equipo con el cual se realiza las electromiografias a ingenieria biomedica de los dias sabados

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $20.181.540

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

DR. CARLOS ARTURO RUEDA CARO

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Carrera 19A No. 82- 51
Tels.: 610 61 50 - 236 29 58 Fax: 610 61 50
NIT. 79.286.182 - 7
Servicios Médicos Exentos de IVA
Autorización 18762007769820 del No. 300 al 500
Expedida el 13 de abril de 2018 / 13:56:54

FACTURA DE VENTA **No. 317**

Fecha: 15 DE SEPTIEMBRE DE 2018

Sr.: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Nit.: 900.959.048-4

CÓDIGO	DETALLE	VALOR
	Por concepto de servicios prestados como Médico FISIATRA en el área FISIATRIAdel CAMI II UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN durante el período comprendido entre el 1 de AGOSTO de 2018 AL 31 de AGOSTO de 2018.	
	CONSULTAS	2.789.480
	INFILTRACIONES	1.320.830
	TOXINA	1.362.690
	ELECTROMIOGRAFIAS	14.708.540
	•**Autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, consignar el valor correspondiente en la Cuenta de Ahorros No. 20415807304del BANCOLOMBIA.**	
SON:	**VEINTE MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE**	**TOTAL** **20.181.540**

Esta Factura de Venta es un Título Valor de acuerdo a lo establecido en el artículo772 del código de comercio y ley 1231 de 2008.

Aceptada

Impreso por Marco Tulio Amaya Nit. 79 539 093-7 Tel: 4700126

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	79286182	CARLOS ARTURO RUEDA CARO	Calle 169B #75-60 Torre 1 apto 501	4818567	carcfisiatra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	08/08/2018	29208767	$3.832.400

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.500.000	0		0		0	0	0	0	1.500.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.920.000	0	0	60.000	60.000	0	0		2.040.000	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	292.400				292.400	0	0	292.400			2.924	292.400	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	1.500.000	1.500.000
Pensión	1	2.040.000	2.040.000
Riesgos Laborales	1	292.400	292.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.832.400	3.832.400

PAGADA
29208767

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	79286182	CARLOS ARTURO RUEDA CARO	Calle 169B #75-60 Torre 1 apto 501	4818567	carcfisiatra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	08/08/2018	29208767	$3.832.400

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	Estudiante	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	79286182	RUEDA CARO CARLOS ARTURO	59	0			N																	25-14	12.000.000	1.920.000	0	0	60.000	60.000	EPS008	12.000.000	1.500.000	14-25	12.000.000	3	292.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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