

					Versión		3				
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:				CRISTHIAN TIBAQUIRA CIPRIAN							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1020783361		
CORREO ELECTRONICO:				TIBAQUIRACRISTIAN@GMAIL.COM			CELULAR:		3167160347		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				A D RADIOLÓGICA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL			SEDE:		SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%								
		KE11L02	100								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:		AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24096993217				PENSIONADO		NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO			5129			VIGENCIA			2024		
NÚMERO DE CDP		2652	FECHA	2024-12-15 16:09:19.000		NÚMERO DE CRP		80164	FECHA	2024-12-15 23:00:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		TECNOLOGO DE RADIOLOGIA									
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL				
				2024-12-01			2024-12-31				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,449,806							
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:							\$21,966,594				
VALOR EJECUTADO							\$21,811,176				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA							\$2,449,806				
VALOR A LIBERAR							\$0				
SALDO POR EJECUTAR							\$155,418				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN							99%				
El intervisor 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			
9477921249	\$979,922	\$122,490		\$156,788		5	\$23,871	\$303,149			
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.											
ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA 35589089 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											

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Guardar confidencialidad absoluta en lo referente a la Historia Clínica del Paciente.	cumpla con todos los requerimientos éticos con respecto a: intimidad en el alistamiento para la toma del estudio, cumpliendo con toda la ética establecida, para el mes de DICIEMBRE de 2024.
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	Tomar el estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la Institución, aplicando la correcta desinfección de los equipos y accesorios utilizados.	Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada y diligenciando el formato de limpieza y desinfección de los equipos utilizados, para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Participar en la programación de actividades del área.	Asistencia a las capacitaciones programadas	Firmar el formato de asistencia de capacitación para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporte Suceso de seguridad	Notificación Oportuna para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, manejar y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notificación el sistema de Información Almera (Mesa de Ayuda) cada vez que sea requerido	Notificación Oportuna en el momento encontrar las fallas o problemas que surja en la realización de la tarea asignada para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Tomar el estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la Institución.	Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.	Aplicando los 4 correctos al momento de la verificación del consentimiento informado y constatando que este firmado por el paciente y por el medico tratante.	Formato de consentimiento informado diligenciados para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Tomar el estudio radiológico como lo indica la técnica.	tomar un estudio de calidad que contribuya con el diagnostico para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Registrar en el sistema de información los pacientes atendidos con la auto verificación del estudio a tomado.	Registro en el aplicativo de la toma de estudio para los pacientes de DICIEMBRE de 2024.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Diligenciar el formato de entrega de turno con las novedades que se puedan presentar en cada jornada de actividades.	Formato de entrega de turno para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca x	Asistencia a las capacitaciones programadas	Formato de asistencia de capacitación para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred	Cumplir con las actividades que asignadas, según la información recibida para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Estar enterados de todos los lineamientos impartidos por la subred	Cumplir con las actividades que asignadas, según la información recibida para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Tomar el estudios de acuerdo a los protocolos e instructivos de la Institución e ingresar los datos en el sistema de información de la Institución.	Registrar los datos del pacientes en los aplicativos correspondientes en cada jornada para el mes de DICIEMBRE de 2024.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregar el pago de aportes	Entrega actividades al finalizar del mes de DICIEMBRE de 2024.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	N/A	N/A

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
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

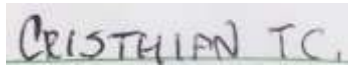
Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CRISTHIAN TIBAQUIRA CIPRIAN
C.C 1.020.783.361 DE BOGOTA D.C

La suma de \$2.449.806 (DOS MILLONES, CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL, OCHOCIENTOS SEIS PESOS M/CTE.), por concepto de prestación de servicios como Tecnólogo de imágenes diagnosticas; en la unidad de PATIO BONITO TINTAL, durante el periodo de 01 al 31 de DICIEMBRE DE 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5129-2024.



CRISTHIAN TIBAQUIRA CIPRIAN

Nombre de contratista

C.C 1.020.783.361 DE BOGOTA D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

Numero 24096993217

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1020783361		TIBAQUIRA CIPRIAN CRISTHIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 104 # 19-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3167160347	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	60747210	9477921249	I	2024/12/13	2024/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$370,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC	1020783361	TIBAKUIRA CRISTHIAN	25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS017	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020783361		TIBAKUIRA CIPRIAN CRISTHIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 104 # 19-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3167160347	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	60747210		9477921249	I	2024/12/13	2024/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	\$370,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$370,500	\$0	\$0	\$370,500	