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	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:	C. EXT MEDICINA GENERAL USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35A10	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	217			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	200	FECHA	2025-01-24 15:21:25.000	NÚMERO DE CRP	13831	FECHA	2025-01-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-01-17		2025-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,961,442				
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:	$2,961,442
VALOR EJECUTADO	$2,961,442
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,961,442
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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. Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada.	INTERVENCIONES Y VALORACIONES MÉDICAS DE ACUERDO A PROTOCOLOS, GUIAS INSTITUCIONALES	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPS-FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
2. Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo y vital de acuerdo con la normatividad vigente.	ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
3. Realizar las actividades propias del servicio de consulta médica asistencial	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS DE FORMA OPORTUNA Y COMPLETA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPS-FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
4.Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente	SE INFORMA AL PACIENTE SEGUN PROCEDIMIENTO A REALIZAR	PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZANDO PROCEDIMIENTO
5. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS DE FORMA OPORTUNA Y COMPLETA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPS
6 formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades	APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS, NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA
7 realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área o servicio asignado	APOYO EN EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA GARANTIZAR LA PERTINENCIA Y EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
8. Hacer uso del carnet y bata blanca durante la consulta	REALIZO USO DE ADECUADO DEL CARNET ONSTITUCIONAL MIENTRAS ESTE LABORANDO EN ELLA Y USO ADECUADO DE BATA EN LA CONSULTA	FUERA D ELA CONSULTA ME RETIRO LA BATA APLICANDO LO APRENDIDO POR SEGURIDAD DEL PACIENTE
9 realizar demanda inducida efectiva para el servicio de vacunación y rutas de promoción y mantenimiento	IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y PARTICIPAR EN ESTUDIOS TENDIENTES A SOLUCIONAR LOS PROBLEMASASISTENCIA A LA UAT DE MEDICINA	PARTICIPACIÓN EN EL ANÁLISI DE LA INFORMACIÓN DE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ÁREA
10. Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS DE FORMA OPORTUNA Y COMPLETA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPS-FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
11. Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población	REALIZACIÓN DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN SEGÚN PERTINENCIA	NOTIFICACIONES SEGÚN PERTINENCIA A SIVIGILA
12. Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente	Realizo proceso de limpieza y desinfeccion entre paciente y paciente	Registro en la planilla d ela limpieza realizada
. 13 propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con	ESTAR PRESTO A LA NECESIDADES DE LA UNIDAD EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA APOYO DE ACUERDO AL PERFIL CONTRATADO	PROPICIO AMBIENTE LABORAL ADECUADO
14 participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución	ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS REUNIONES Y PROCESOS DE FORTALECIMIENTO	ASISTENCIA Y PARTICIPACION , ACTA DE ASITENCIA EN REUNIONES
15. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS, NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA
16. Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio.	ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS REUNIONES Y PROCESOS DE FORTALECIMIENTO	ASISTENCIA Y PARTICIPACION , ACTA DE ASITENCIA EN REUNIONES
17. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas	PRESENTACIÓN DE INFORMES PERIÓDICOS EN CADA REUNIÓN	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA UAT DE MEDICINA
18. Participar en la Actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades cuando se requiera	VELO Y RESPONOD POR LOS RECURSOS DADOS POR LA INSTITUCION GARABNTIZANDO SU BUEN FUNCIONAMIENTO Y ENTREGA DEL MISMO AL TERMINAR EL CONTRATO.	LISTA DE CHUEQUEO A DIARIO ACTA DE ENTREGA DE DOTACION

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

19. Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar. relacionadas con las actividades o proyectos que ejecute	ESTAR PRESTO A LA NECESIDADES DE LA UNIDAD EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA APOYO DE ACUERDO AL PERFIL CONTRATADO	SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

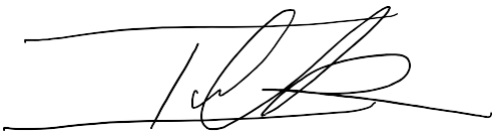
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

IVAN CAMILO ROBAYO DIAZ

C.C 1016067349 DE BOGOTA

La suma de DOS MILLONES NOVESCIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS, $ 2.961.442 por concepto de: prestación de servicios como MEDICO GENERAL en CENTRO DE SALUD VILA JAVIER d e la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de 17 al 31 ENERO de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 217-2025.



IVAN CAMILO ROBAYO DIAZ

C.C 1016067349 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO COLPATRIA

NUMERO 2802010637

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 17 de Enero del 2025.

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.

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	12	17/09/2024	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 17 días del mes de Enero del 2025



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

ARL

Medellin, 17 de enero de 2025

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	MORA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA