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:	ALFREDO JAVIER ACUÑA PARAMO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	9268381						
CORREO ELECTRONICO:	alfredoacu@hotmail.com				CELULAR:	3016885881						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GASTROENTEROLOGIA				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO03A06	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4570206044								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2768-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12				
NÚMERO DE CDP	1 (1866) 2 (4)	FECHA	1(27/12/2019) 2 (02/01/2020)	NÚMERO DE CRP	1 (62690) 2 (1220)	FECHA	1 (31/12/2019) 2 (9/01/2020)			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de GASTROENTEROLOGIA 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	1	2020		31	1	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	Se paga por procedimientos y consultas realizadas									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 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:	$172.116.791
VALOR EJECUTADO	$166.891.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.121.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.225.791
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
7740728341	$1.248.400,00	$156.050	$199.744	3	$30.411	**$386.205**

Dado en Bogotá a los 16 días del mes de marzo del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DANNYS YVETH TORERAN TURIZO	ALFREDO JAVIER ACUÑA PARAMO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACION:	926598	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		ALFREDO JAVIER AGUILA PARAMO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCION:	AV CL 53 47 69 TORRE A APTO 202 TELEFONO:	2211948	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	7740728341	TIPO DE PLANILLA:					N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre AÑO	2019
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/01/07	NUMERO AUTORIZACIÓN:					644944753
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7739881211	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA					2019/12/26

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA		VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES		$ 2.089.900	$ 0	$ 0	$ 65.500	$ 257.900	$ 0	$ 0	$ 2.412.200	$ 0		$ 2.412.200
SUBTOTALES:										$ 2.412.200	$ 0		$ 2.412.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.632.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.632.100	$ 0	$ 0	$ 1.632.100
SUBTOTALES:													$ 1.632.100	$ 0	$ 0	$ 1.632.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 318.000	$ 318.000	$ 0	$ 0	$ 318.000	
SUBTOTALES:									$ 318.000	$ 0	$ 0	$ 318.000	

Planilla Pagada
Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DE LA PLANILLA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES									
	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	RESIDENTE	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	ADMIN	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	ADMIN	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL
																										PENSIÓN																	SALUD													ARP									
																										ADMIN	DIAS COTIZADOS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COTIZADOS	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COTIZADOS	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COTIZADOS	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINIEDU TOTAL APORTE
1	CC 926598	ALFREDO JAVIER AGUILA PARAMO	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		16.415.625				NO									ADT-30							25-14 COLPENSIONES	30	6.200.000	$ 0	$ 62.000	$ 3.100	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 65.100	EPS005-SANITAS S.A.	30	6.200.000	$ 775.000	$ 0	$ 775.000	14-25-COLMENA	30	6.200.000	3288361	$ 51.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 926598	ALFREDO JAVIER AGUILA PARAMO	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		16.415.625				NO									COT-30							25-14 COLPENSIONES	30	19.259.175	$ 3.081.000	$ 200.000	$ 69.500	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 3.469.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	19.259.175	$ 2.407.100	$ 0	$ 2.407.100	14-25-COLMENA	30	19.259.175	3288361	$ 499.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 926598	ALFREDO JAVIER AGUILA PARAMO	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		16.415.625				NO									ADT-30							25-14 COLPENSIONES	30	13.056.175	$ 2.089.000	$ 200.000	$ 69.500	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 2.412.700	EPS005-SANITAS S.A.	0	13.056.175	$ 1.632.100	$ 0	$ 1.632.100	14-25-COLMENA	0	13.056.175	3288361	$ 318.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 4.362.300

Secretaría Distrital 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	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.					**Sede:** FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	2768-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	a	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	1	2.020		31	1	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALFREDO JAVIER ACUÑA PARAMO	**C. C.**	9.268.381	**DE**	MOMPOS					

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 GASTROENTEROLOGO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar la Consulta Externa de Gastroenterología según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Fontibon y/o donde el supervisor del contrato lo requiera.	SI	Se realizó la consulta externa de Gastroenterología según lo programado a cabalidad.	Orden para cita de control y paraclinicos según sea el caso.
2. Dar respuesta a la interconsulta de Gastroenterología, derivada de los servicios de Hospitalización y urgencias de la Unidad de Prestación de Servicios de Salud Fontibon.	SI	Se dió respuesta oportuna a las interconsultas de los servicios de urgencia y hospitalizacion	Se emite concepto solicitado y manejo medico de acuerdo a lo requerido en la interconsulta..
3. Realizar los procedimientos de Gastroenterología diagnósticos y terapéuticos según la programación, hasta el segundo nivel de complejidad.	SI	Se realizaron los procedimientos del area según lo programado.	Resultado de los procedimientos realizados, orden para cita de control y paraclinicos según el caso
4. Presentar las hojas de vida de los equipos utilizados, cronogramas de mantenimiento, certificados de calibración y póliza de aseguramiento de dichos equipos	SI	El hospital es el encargado de las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo de los diferentes equipos.	
5. Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demas 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 medico.	SI	Se diligenció la historia clinica del paciente según el programa con la normatividad vigente con precision, organización y registros respectivos.	Resumen de historia clinica y ordenes medicas para su respectiva autorizacion y realizacion de lo solicitado.
6. 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 estadística o quien defina el coordinador del centro.	SI	Se entregó oportunamente los RIPS requeridos diligenciados según norma y entregado al coordinador respectivo.	RIPS entregados al area asignada.
7. 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 aplicaron las guias aprobadas asi como su actualizacion en el mejoramiento para la toma de decisiones en el cuidado del paciente.	Diferentes examenes solicitados a los pacientes realizados de acuerdo a guias de manejo y a la medicina basada en evidencia.
8. 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.	NO	NO se presento niguna novedad que me impidiera realizar con las actividades asignadas y programadas.	
9. Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	SI	la jornada se cumplió según horario y fecha de manera eficiente.	
10. Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.	SI	Se participo en el momento en que fueron requeridos y se indicaron las recomendaciones pertinentes.	
11. Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrarreferencia, manejo integral de residuos, entre otros.	SI	Se cumplieron todos los protocolos de bioseguridad en la utilizacion de guantes, tapabocas, manteniendo tanto la seguridad del paciente como la del profesional.	Los dispositivos utilizados en los procedimientos realizados fueron desechados en las respectivas bolsas de residuos de acuerdo a lo estipulado para su eliminacion.
12. Dar un trato humanizado a nuestros 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	La atención al paciente fue oportuna, eficaz, digna y humana.	
13. Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en el hospital.	SI	Se participó de una forma proactiva en dichos procesos cuanto estos fueron solicitados, como en la asistencia de capacitaciones y lectura material escrito para su socializacion	
14. Reportaren forma oportuna al líder del proceso ambulatorio intramural y Subgerencia de Servicios de Salud, los eventos adversos que se presenta en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	SI	En caso de que se requiera si son reportados .	
15. Participar activamente en la programación de actividades de su especialidad a las que sea convocado.	SI	Se participa de manera activa cuando estos se realicen.	
16. 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 cuando se requieran actividades propias de la patologia de un paciente que determine una asistencia a otras especialidades a un nivel de mayor complejidad.	Formatos de referencia y contrarreferencia a que haya a lugar diligenciados de manera adecuada y entregados al paciente con su respectiva explicacion..
17. 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 presentaron las cuentas de cobro acompañados de sus respectivos soportes.	Entrega oportuna y dentro del periodo ejecutado de Factura, formato de actividades , formato de certificación de cumplimiento de contrato para proceso de pago por tesoreria y soporte de pagos de parafiscales.
18. Realizar seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo y presentar dentro de los 10 días siguientes el plan de mejoramiento que sea requerido.	SI	Se realizo seguimiento al contrato y su respectiva revision.	
19. Colaborar con el hospital en el desarrollo de los convenios docencia-servicio, que se tengan suscritos y que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de cirugía.	SI	se realiza la colaboracion en el caso de que haya a estudiantes que asi lo necesiten bajo mi responsabilidad.	
20. Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad, así como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos.	SI	Se notifica el reporte de daño cuando este asi lo amerite.	
21. Participar en la capacitación del personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos propios de su especialidad, tendiente a establecer las causas y soluciones a los problemas de salud.	SI	Se le realiza al personal auxiliar la capacitacion adecuada para llevar a cabo con calidad los procedimientos realizados en el servicio.	
22. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	SI	Se realizo oportunamente el diligenciamiento de formatos y registros requeridos en el servicio manteniendolos	
23. Cumplir con los estándares de Acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución.	SI	Se cumplen los diferentes estandares de acreditacion para el mejoramiento y la calidad.	
24. Hacer entrega al área de ingeniería 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 preventivos, 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 incumplimiento podrá generar el no pago de cuentas de cobro o facturas.	SI	Se notifica al servicio biomedico cuando llega la fecha del mantenieminto preventivo de los equipos asi como la realizacion del mantenimiento correctivo en el caso de que se presenten fallas y se verifican que todos los documentos pertinentes esten al dia.	

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.121.000oo (Tres millones ciento veintiun mil pesos M/CTE)	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:
NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALFREDO JAVIER ACUÑA PARAMO CC 9268381 de Mompos	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.	