| 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. | 9269381 | | | | | | | |
| 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 | % | |
| | F003A06 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 487020604 4 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1934-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 1 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 29 | FECHA | 08/01/2020 | NÚMERO DE CRP | 14094 | FECHA | 31/01/2020 | | | | |
| 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 | 2 | 2020 | | 29 | 2 | 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: | $50.021.010 |
| VALOR EJECUTADO | $16.000.000 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $16.000.000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $34.021.010 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 32% |

**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 **$2.194.508**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7742660183 | $4.320.000,00 | $540.000 | $691.200 | 3 | $105.235 | **$1.336.435** |

Dado en Bogotá a los 10 días del mes de Febrero del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**ALFREDO JAVIER ACUÑA PARAMO**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

Recibí: Andrés Torres
12/02/2020

| | | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría 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-PO-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:** | **1934-2020** | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 2 | 2.020 | | 20 | 2 | 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 así 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 ninguna 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. Reportar en 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 requieren 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 al dia | |
| 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 mantenimiento 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): | |
| $ 16.000.000.oo<br>(Dieciseis millones de pesos M/CTE)<br>ALFREDO JAVIER ACUÑA PARAMO<br>NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC 9268381 de Mompos | supervisor: Firma y aclaración/sello Firma de recibido |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor. | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 9268361 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALFREDO JAVIER ACUÑA PARAMO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | AV CL 53 47 80 TORRE A APTO 202 | TELÉFONO: | 2211848 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | 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 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7742660183 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero | AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero | AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/02/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 557896910 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 1.661.900 | $ 0 | $ 0 | $ 52.000 | $ 52.000 | $ 0 | $ 0 | $ 1.765.900 | $ 0 | $ 1.765.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 1.765.900 | $ 0 | $ 1.765.900 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 1.298.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.298.300 | $ 0 | $ 0 | $ 1.298.300 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 1.298.300 | $ 0 | $ 0 | $ 1.298.300 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 253.100 | $ 253.100 | $ 0 | $ 0 | $ 253.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 253.100 | $ 0 | $ 0 | $ 253.100 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SAL INTEGRAL | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 9268361 | ACUÑA PARAMO ALFREDO JAVIER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 15.410.525 | | | | NO |

NOVEDADES

| Nº | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 10.388.316 | $ 1.661.900 | $ 52.000 | $ 52.000 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 1.765.900 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS005-SANITAS SA. | 30 | $ 10.388.316 | $ 1.298.300 | $ 0 | $ 1.298.300 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 10.388.316 | 9268361 | $ 253.100 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 3.317.300 |
|---|---|

Planilla Pagada

2020/02/10 8:43 AM USUARIO SOI: CC9268361