

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión	3	
		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	%
		FO03A06	100%								
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				4870206044				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				7
NÚMERO DE CDP		29 1052 574	FECHA	08/01/2020 22/07/2020 20/04/2020	NÚMERO DE CRP		14094 30026 22820	FECHA		31/01/2020 31/07/2020 30/04/2020		
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	9	2020		30	9	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.												

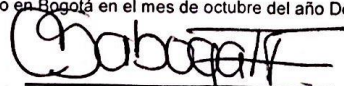
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$116.715.690
VALOR EJECUTADO	\$86.997.750
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$14.202.400
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$29.717.940
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

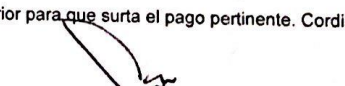
El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

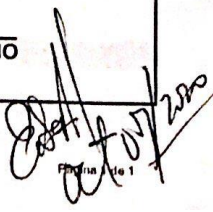
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7762824948	\$5.439.640,00	\$679.955	\$870.342	3	\$132.510	\$1.682.807

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


CLAUDIA MARCELA SABOGAL FAJARDO
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


ALFREDO JAVIER ACUÑA PARAMO
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA


 Página 1 de 1

DATOS GENERALES DE LA APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	2006901	NÚMERO PLANILLA:	7762624046	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ALFREDO JAVIER ACUNA PARAMO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE INCURIA:	0	MES	agosto AÑO
DIRECCIÓN:	AV CL 53 47 80 TORRE A APTO 202	TÉLEFONO:	2211548	FECHA PAGO (aaaa/mm/aaaa):	20200901	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	72611365
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PROPIA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internación				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		Nº COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLAZILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESGUENTO	VALOR PAGADO
EPSS005	EPSS05-SANTAS S.A.	1		\$0		\$0		\$0	\$1.412.500	\$0	\$0	\$0	\$1.412.500	\$0	\$0	\$1.412.500
00000000000000000000									\$1.412.500				\$1.412.500			\$1.412.500

TOTAL APORTES A RESERVOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD (IP)		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN		TOTALES			VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE		VALOR	PAGO A OTROS RESERVOS	PLASELLA	VALOR	APORTES	IGRORA	DESCUENTO			
14-25	14-25-COLUMBENA	1					\$ 275.300	\$ 275.300	\$ 0	\$ 0	\$ 275.300	
SUB-TOTAL ES:			\$ 0	\$ 0			\$ 275.300	\$ 275.300	\$ 0	\$ 0	\$ 275.300	

[illegible]

TOTAL	\$ 3,608,800
-------	--------------

105

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 05/04/2017 Código: 04-02-PO-0003	 ALIADA SUR DE BOGOTÁ D.C.
---	--	--	---

Ubicación del Servicio:		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.		Sede: FONTIBON	
No. DE CONTRATO:		1934-2020		Período certificado desde al: 1 9 2 020 C. C. 9 268.381 DE MOMPOS	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ALFREDO JAVIER ACUÑA PARAMO			
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 GASTROENTERÓLOGO 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 calidez.	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 dio respuesta oportuna a las interconsultas de los servicios de urgencia y hospitalización.	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 área 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.	Corresponde al equipo biomédico	
5. Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1955 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	Se diligenció la historia clínica del paciente según el programa con la normatividad vigente con precisión, organización y registros respectivos.	Resumen de historia clínica y ordenes medicas para su respectiva autorización y realización 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 área 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 guías aprobadas así como su actualización en el mejoramiento para la toma de decisiones en el cuidado del paciente.	Diferentes exámenes solicitados a los pacientes realizados de acuerdo a guías 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 presentó ninguna novedad que me impidiera realizar con las actividades asignadas y programadas.	NO se presentó 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.	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 participó en el momento en que fueron requeridos y se indicaron las recomendaciones pertinentes.	Se participó 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 utilización 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 eliminación.	
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.	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 cuando estos fueron solicitados, como en la asistencia de capacitaciones y lectura material escrito para su socialización.	Se participó de una forma proactiva en dichos procesos cuando estos fueron solicitados, como en la asistencia de capacitaciones y lectura material escrito para su socialización.	
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.	no se presentaron eventos adversos	
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.	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 patología 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 explicación..	
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 tesorería 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 realizó seguimiento al contrato y su respectiva revisión.	Se realizó seguimiento al contrato y su respectiva revisión.	
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 colaboración en el caso de que haya a estudiantes que así lo necesitan bajo mi responsabilidad.	Se realiza la colaboración en el caso de que haya a estudiantes que así lo necesitan 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 así lo amerite.	Se notifica el reporte de daño cuando este así 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 capacitación adecuada para llevar a cabo con calidad los procedimientos realizados en el servicio.	Se le realiza al personal auxiliar la capacitación 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 realizó oportunamente el diligenciamiento de formatos y registros requeridos en el servicio manteniéndolos al día.	Se realizó oportunamente el diligenciamiento de formatos y registros requeridos en el servicio manteniéndolos al día.	
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 estándares de acreditación para el mejoramiento y la calidad.	Se cumplen los diferentes estándares de acreditación 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 regulan, 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 biomédico cuando llega la fecha del mantenimiento preventivo de los equipos así como la realización del mantenimiento correctivo en el caso de que se presenten fallas y se verifican que todos los documentos pertinentes están al día.	Se notifica al servicio biomédico cuando llega la fecha del mantenimiento preventivo de los equipos así como la realización del mantenimiento correctivo en el caso de que se presenten fallas y se verifican que todos los documentos pertinentes estén al día.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):

\$ 14.202.400.00

(Catorce millones doscientos dos mil cuatrocientos pesos M/CTE)

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
ALFREDO JAVIER ACUÑA PARAMO
CC 9268381 de Mompos

Supervisor

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

asimiladas

7-80