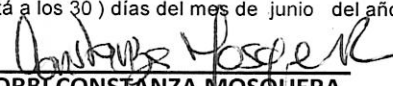
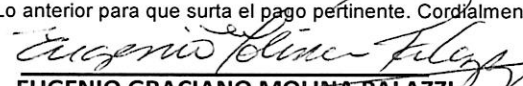
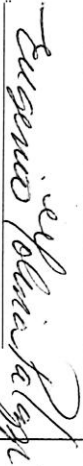
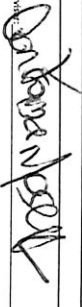


		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002				
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			EUGENIO GRACIANO MOLINA PALAZZI							
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	x	C.E	NO.		1127616866		
CORREO ELECTRONICO:			EUGEPRIMOGENITO@YAHOO.COM			CELULAR:		3195225279		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:			SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URGENCIAS			SEDE:		Bosa		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	B035B01	100								
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			5370366824					PENSIONADO	NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			2569-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 de 6		
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	23402	FECHA	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Medicina 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	6	2020		30	6	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$6.374.388							
TIPO DE SERVICIOS			Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		N/A			
OBSERVACIONES: Realiza 210 horas por un valor de 32.434 por un valor total \$ 6.811.140										
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO										
CONCEPTO						VALORES				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$36.780.156				
VALOR EJECUTADO						\$30.163.620				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$6.811.140				
VALOR A LIBERAR						\$0				
SALDO POR EJECUTAR						\$6.616.536				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						89,00%				
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:										
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES				
43270907	\$2.257.406	\$282.200	67.800	3	\$55.000	\$405.000				
Dado en Bogotá a los 30) días del mes de junio del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente, <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  YORBY CONSTANZA MOSQUERA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: </div> <div style="text-align: center;">  EUGENIO GRACIANO MOLINA PALAZZI NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> </div>										

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión 1			
Ubicación del Servicio:		URGENCIAS PEDIATRIAS		Fecha de aprobación 9/11/2016	Código: 15-02-FO-0003		
No. DE CONTRATO:		2569-2020		Período certificado desde el			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		EUGENIO GRACIANO MOLINA PALAZZI		Sede: BOSA CENTRO			
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO MÉDICO DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCIÓN		El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ X ___ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___		Día Mes Año 1 6 2.020			
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
Participar en el análisis de la información de oferta y de demanda de servicios de salud de área de influencia que permita proponer alternativas de solución		SI		se realizó atención a lo pacientes en consulta externa con registro en Dinámica		Historia clínica Dinámica	
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio		SI		me guió de los protocolos y guías e la institución para la adecuada prestación del servicio		GUÍAS INTRANET	
Repolar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio		SI		se reporta en la intranet cualquier novedad		INTRANET	
Presentar informes periódicos inherentes a sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas		SI		en los documentos de pago se entrega informes mensual de las actividades realizadas		FORMATO DE ACTIVIDADES	
Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherente a sus actividades cuando se requieran		NO		no aplica para mi actividades		NO APLICA	
Asistir y participar activamente en las reuniones y procesos de fortalecimiento a que haya lugar relacionados con las calidades o procesos que ejecute		SI		asisto a reuniones y actividades programada		ACTAS DE ASISTENCIA	
OBSERVACIONES:							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (6811140) SEIS MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL CIENTO CUARENTA MTC							
EUGENIO GRACIANO MOLINA PALAZZI:				Fecha: 04/11/2016 Firma de recibido supervisor:			
							
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.							

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	* 1127616866	EUGENIO GRACIANO MOLINA PALAZZI	Calle 12 c N 71 e 60 int 11 apto 104	6421090	eugenioingento@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-05	2020-05	1	08/06/2020	43210907	TOTAL A PAGAR \$405.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860065942-7	282.200	0	0	0	0	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
25-14	Compensar PENSIONES	900336004-7	67.800	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas			
14-11	ARL SURA	890903790-5	55.000				55.000	0	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
MIEN				
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	282.200	282.200	
Pensión	1	67.800	67.800	
Riesgos Laborales	1	55.000	55.000	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MIEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	405.000	405.000	

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06 / 2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

EUGENIO GRACIANO MOLINA PALAZZI

C.C 1127616866

La suma de \$ 6.811.140, por concepto de: prestación de servicios como MEDICO GENERAL del servicio de PEDIATRIA de la USS BOSA, durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2569-2020



Nombre de contratista

EUGENIO GRACIANO MOLINAPALAZZI

C.C.1127616866

CUENTA DE AHORROS DA VIVIENDA

NUMERO 5370366824