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:	JHON ELDER DIAZ CHARRY											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	C.C.	C.E		NO.	12.137.660						
CORREO ELECTRONICO:					CELULAR:	3013325806						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	BO35											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	ASITENCIAL						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	BO35B01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590379454								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2736/2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 8
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	36001	FECHA	30/08/2020
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestacion de Los Servicios Personales de carácter Temporal como MEDICO GENERAL SERVICIO DE URGENCIAS de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA - RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	9	2020		30	9	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	172 horas Total $6.880.000							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES: Valor a pagar sin novedades (se autoriza a Descontar el 11% de Retencion en la Fuente).

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$43.061.270
VALOR EJECUTADO	$43.043.910
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.880.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$17.360
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 **$2.194.508** 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL, APORTES
9410449764	1.816.304	227.038	290.609	3	44.245	561.892

Dado en Bogotá 30 Dias del Mes de septiembre de 2020. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ	JHON ELDER DIAZ CHARRY
SUPERVISOR DEL CONTRATO	MEDICO GENERAL URGENCIAS

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio: URGENCIAS						Sede: BOSA II NIVEL		
No. DE CONTRATO:	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
2736		1	9	2020		30	9	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JHON ELDER DIAZ CHARRY		C. C.	12.137.660			DE	Neiva	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestacion de Los Servicios Personales de carácter Temporal como MEDICO GENERAL SERVICIO DE URGENCIAS de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BOSA - RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO _X_ Servicios: SI _X_ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender las consultas que se presenten en el servicio de urgencias.	X	Atender las consultas que se presenten en el servicio de urgencias.	Diligenciamiento de la Historia Clínica Correspondiente
Ordenar los exámenes, hacer diagnóstico y prescribir el tratamiento a seguir.	X	Ordenar los exámenes, hacer diagnóstico y prescribir el tratamiento a seguir.	Diligenciamiento de la Historia Clínica Correspondiente
Cumplir los protocolos de manejo de urgencias.	X	Cumplir los protocolos de manejo de urgencias.	FORMATOS MEDICOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION
Notificar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y eventos adversos	X	Notificar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y eventos adversos	Formato de Eventos Adversos
Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos	X	Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos	Formato de Eventos Adversos
Cumplir con los procesos y procedimientos para la atención y manejo de la Sala de Enfermedad respiratoria (Sala ERA)	X	Cumplir con los procesos y procedimientos para la atención y manejo de la Sala de Enfermedad respiratoria (Sala ERA)	Protocolos establecidos por la institucion
Revisar la observación del paciente llene los requisitos establecidos.	X	Revisar la observación del paciente llene los requisitos establecidos.	
impartir instrucciones y coordinar al personal tecnico y auxiliar en los procedimientos a ejecutar	X	impartir instrucciones y coordinar al personal tecnico y auxiliar en los procedimientos a ejecutar	Formularios Medicos e Historia Clínica

OBSERVACIONES: Valor a pagar sin novedades (se autoriza a Descontar el 11% de Retencion en la Fuente)

TOTAL A PAGAR (SEIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE.)$6.880.000

JHON ELDER DIAZ CHARRY
C.C. 12137660

YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JHON ELDER DIAZ CHARRY
C.C 12.137.660 De Neiva

La suma de **SEIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE. (6.880.000)**, por concepto de: Prestación de Servicios como **MEDICO GENERAL URGENCIAS** de la unidad de prestación de Servicios **BOSA II NIVEL** durante el periodo del **1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **2736** de 2020

JHON ELDER DIAZ CHARRY
C.C. 12.137.660 DE Neiva
CUENTA AHORROS BANCO Davivienda
NUMERO 7590379454

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12137660		DIAZ CHARRY JHON ELDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 87 B 19 A 66 TORRE 8 APT 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	737588701	9410449764	I	2020/09/14	2020/09/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$606,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$1,840,000	$36,800			$1,840,000	$44,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$1,840,000	$36,800			$1,840,000	$44,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$1,840,000	$36,800			$1,840,000	$44,900		$0	$0
1	CC 12137660	DIAZ JHON	25-14	30	$1,840,000	$294,400	EPS001	30	$1,840,000	$230,000	CCF24	30	$1,840,000	$36,800	14-4	30	$1,840,000	$44,900	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$1,840,000	$36,800			$1,840,000	$44,900		$0	$0

2020/09/09 02:29 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12137660		DIAZ CHARRY JHON ELDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 87 B 19 A 66 TORRE 8 APT 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	737588701	9410449764	I	2020/09/14	2020/09/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$606,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,900	$0	$0	$44,900
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$44,900	$0	$0	$44,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,800	$0	$0	$36,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$36,800	$0	$0	$36,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				1	$606,100	$0	$0	$606,100

2020/09/09 02:29 PM