

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERIA

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERÓN															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1016043575										
CORREO ELECTRONICO:				ivonrc@gmail.com				CELULAR:		3202480307									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS CARBONEL											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				CONSULTA EXTERNA				SEDE:		Bosa									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		SU41-A10	100																
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros									
NUMERO DE CUENTA BANCARIA								4870464783		PENSIONADO		No							
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4216-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6									
NÚMERO DE CDP		1052		FECHA		22/07/2020		NÚMERO DE CRP		31950		FECHA		31/07/2020					
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		8		2020				31		8		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$5.419.296															
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO										VALORES									
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$26.657.498									
VALOR EJECUTADO										\$26.657.498									
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$5.419.296									
VALOR A LIBERAR										\$0									
SALDO POR EJECUTAR										\$0									
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										100%									
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 \$2,194,507, 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													
44183113	\$1.654.924,00	\$206.866	\$264.788	3	\$40.314	\$511.967													
Dado en Bogotá a los 31 días del mes de agosto del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente																			
 JEFE IBETH MORA NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:							 IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA												

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 03/04/2017
Código 04-02-PO-0003



Ubicación del Servicio:	CONSULTA EXTERNA		Sede: TRINIDAD GALAN						
No. DE CONTRATO:	4216-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2 020		31	8	2 020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON		C. C.	1.016.043.575			DE	BOGOTA	

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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	SI	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	HISTORIA CLINICA
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SI	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	HISTORIA CLINICA
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SI	Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	HISTORIA CLINICA
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	SI	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	HISTORIA CLINICA
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	Registro de forma completa y coherente: evolución del paciente, antecedentes clínicos, tratamiento, procedimientos instaurados en el paciente, aspectos pendientes a realizar en la historia clínica sistematizada, incidentes y eventos adversos, que se presenten durante la estancia hospitalaria. Realizar de forma completa el egreso y epicrisis de forma sistematizada.	HISTORIA CLINICA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	Brindo información al paciente en la consulta medica sobre su estado de salud, reportes paraclínicos, aspectos pendientes a realizar y remisiones. Brindar información clara verificando el conocimiento y comprensión de la información.	HISTORIA CLINICA
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SI	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades y las entrego al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	INFORME DE ACTIVIDADES

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$5,419,296 CINCO MILLONES CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Ivon Rodriguez
NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON CC 1016043575

Fecha agosto 2020 Firma de recibido supervisor

[Firma]

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

[illegible][illegible]

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS LABORALES						VÁLOR NETO COTIZACIÓN
C/C D/A/L	NIT A/R/L	COTIZ OBLIGAT.		CAPACIDADES		APOORTES OTROS RIESGO
		No AUTORIZ.	VÁLOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR	
14-11	R09R037P6-S	40.400				40.400
DÍA/S	INTERÉS MORA	SUBTOTAL APORTE COTIZ.	SALDO A FAVOR			
MORA	COTT	No RADICAR SALDO A FAVOR		404	40.400	

[illegible]

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE DE DUA RP V BONA	VALOR TOTAL
PENSIONES	264.800	264.800
SAUD	206.900	206.900
RIESGOS LABORALES	40.400	40.400
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	6.111.100	6.111.100

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

DEBE A:

IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON
C.C 1016043575 DE BOGOTA

La suma de cinco millones cuatrocientos diecinueve mil doscientos noventa y seis pesos ,
5.419.296, por concepto de prestación de servicios como profesional de medicina
general en la unidad de servicios de salud José María Carbonell en el área de consulta
externa, durante el periodo del 1 al 31 de agosto del 2020 de conformidad con lo
establecido en el contrato de prestación de servicios No 4216 -2020



IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON

C.C 1016043575 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 48704647830