



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 CALDERON										
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		10			
NÚMERO DE CDP	1597	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP	49200	FECHA	06/11/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	11	2020		30	11	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:	\$42.915.386
VALOR EJECUTADO	\$42.915.386
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 mínimo 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
46644615	\$2.167.719,00	\$270.965	\$346.835	3	\$52.806	\$670.606

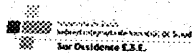
Dado en Bogotá a los 30 días del mes de noviembre del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

NORIDA SEGURA CUELLAR (ENCARGADA)

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-FO-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
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON		1	11	2.020		30	11	2.020
			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 paraclinicos, 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

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON CC 1016043575

Fecha: NOVIEMBRE 2020 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 PENSIONES Y SALUD
CC	1016043575	IVON GIBELL RODRIGUEZ CALDERON	CL 380 SUR 68L-33	4644038	ivonrc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DÉPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	URC
PERIODO SALUD				1	0
2020-10	1	2020-10	1	46644615	TOTAL A PAGAR \$670.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compasar EPS	890068942-7	271.000	0		0		0	0	0	0	271.000	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporta FSP Solidaridad	Aporte FSP Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	346.900	0	0	0	0	0	0		346.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	Nº. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	980603790-5	52.900	No. Autorización	Valor		52.900	0	0	52.900			529	52.900	1

[illegible]

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipos Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, RPT y More	Total a Pagar
Salud	1	271.000	271.000
Pensión	1	346.900	346.900
Riesgos Laborales	1	52.900	52.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	670.800	670.800

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1016043575	IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON	CL 38D SUR 68L-33
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
UNICA	1 - Independiente		

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
2020-10	2020-10	1	1
			TOTAL A PAGAR
			\$670.800

DETALLE POR COTIZANTE														
INFORMACION COTIZANTE					INFORMACION NOVEDADES					PENSION				
Id. de Cotización	Apellido y Nombre	Id. de Cotización	Apellido y Nombre	Id. de Cotización	Apellido y Nombre	Id. de Cotización	Apellido y Nombre	Id. de Cotización	Apellido y Nombre	Id. de Cotización	Apellido y Nombre	Id. de Cotización	Apellido y Nombre	Id. de Cotización
CC	1016043575	RODRIGUEZ CALDERON IVON GISELL												

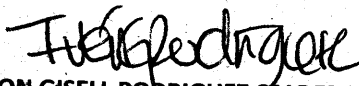
PAGADA

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 30 de noviembre 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