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:	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 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	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

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.
		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	
			1	11	2.020		30	11	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 clinica de los pacientes	SI	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica 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 clinica.	SI	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clinica.	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 cpherente: 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	Eláboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades y llas 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,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: IVON GISELL RODRGUEZ 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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016043575	IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON	CL 38D SUR 68L-33	4644038	ivonrc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ARO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-10	2020-10	I	13/11/2020	46644615	$670.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	271.000	0		0		0	0	0	0	271.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte 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
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	52.900				52.900	0	0	52.900			529	52.900	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				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	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

PAGADA
46644615

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016043575	IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON	CL 38D SUR 68L-33	4644038	ivonrc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-10	2020-10	I	13/11/2020	46644615	$670.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suscriptor	Cotizante Pensionado	Cotizante Extranjero	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1016043575	RODRIGUEZ CALDERON IVON GISELL	59	0			N																230301	2.167.716	346.900	0	0	0	0	EPS008	2.167.716	271.000	14-11	2.167.716	3	52.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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