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:	HUGO ALBERTO ROJAS RUIZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1090477420						
CORREO ELECTRONICO:	HUROJAS@UAN.EDU.CO				CELULAR:	3182265034						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCION DOMICILIARIA				SEDE:	CUNDINAMARCA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10I18-CV19	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	183-806299-48								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4542-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1 DE 3					
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	24994	FECHA	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestion 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:	$5'726.010									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$17'178.030
VALOR EJECUTADO	$11'451.020
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5'726.010
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 $2.194.508 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
7754468318	$2.290.404	$286.400	$68.800	4	$0	**$355.200**

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,

DAVID EDUARDO PEÑUELA	HUGO ALBERTO ROJAS RUIZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ATENCIÓN DOMICILIARIA		Sede: CUNDINAMARCA						
No. DE CONTRATO:	4542-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.020		30	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HUGO ALBERTO ROJAS RUIZ		C. C.	1.090.477.420		DE	CUCUTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion 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_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Realizar la valoración clínica de los pacientes direccionados por las unidades de servicios de salud y el CRUE para casos COVID-19	SI	valoracion clinica de pacientes sospechosos y con infeccion por nuevo coronavirus estipulados por unidades de servicios de salud y CRUE	HISTORIA CLINICA Y EVOLUCIONES
2) Efectuar identificación del riesgo clínico de los pacientes atendidos en el servicio de atención domiciliaria	SI	clasificacion de riesgo clinico de pacientes atendidos en atencion domiciliaria.	HISTORIA CLINICA
3) Recibir pacientes interconsultados de atención domiciliaria en forma documentada del médico tratante.	SI	Respuesta de interconsultas realizadas a programa de atencion domiciliaria	HISTORIA CLINICA
4) Establecer plan de manejo de cuidado en casa según las indicaciones de médico hospitalario tratante y las guías de práctica clínica.	SI	Se establece tratamientos medicos clinicos direccionados por medico hospitalario según guias de practica clinica	HISTORIA CLINICA
5) Valorar paciente en la periodicidad que se requiera según la condición clínica del paciente.	SI	Seguimiento y valoracion de paciente según condicion clinica y riesgo clinico.	HISTORIA CLINICA
6) Educar al paciente y su familia en el manejo de la enfermedad.	SI	Se realiza educacion medica a paciente y familiar acerca de tratamiento medico propuesto.	SE BRINDA EDUCACION VERBAL ASI COMO POR ESCRITO EN HISTORIA CLINICA
7) Participar de las reuniones del equipo de trabajo de atención domiciliaria para la revisión de casos o del proceso de atención domiciliaria.	SI	Asistencia a ULC estipuladas por lider de convenio atencion domiciliaria para revision de casos clinicos y procesos de atencion domiciliaria	ACTAS DE SOCIALIZACIÓN
8) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	SI	Diligenciamiento de historias clinicas según las exigencias legales y eticas establecidas.	HISTORIA CLINICA
9) 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	Diligenciamiento de tablas de datos para el seguimiento de actividades propuestas por el programa de atencion medica domiciliaria	REGISTRO DE ACTIVIDADES REALIZADAS CON ACTUALIZACION EN DRIVE INSTITUCIONAL
10) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	SI	Diligenciamiento de historias clinicas según las exigencias legales y eticas establecidas.	HISTORIA CLINICA
11) Participar en la programación de actividades del área.	SI	Asistencia presencial a actividades propuestas por el programa de atencion medica domiciliaria	ACTAS DE SOCIALIZACIÓN
12) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	SI	Diligenciamiento de fichas de notificacion obligatoria establecidas por la Subred	ENTREGA DE DISENTIMIENTOS Y CERTIFICADOS DE AISLAMIENTO
13) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Informar acerca de falencias del servicio y participacion en acciones de mejora	SE INFORMARA SOBRE LAS FALLAS AL FINALIZAR EL TURNO VERBALMENTE O POR ESCRITO
14) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	SI	Explicacion de instrucciones al equipo de salud sobre procedimientos y tratamientos propuestos al paciente	HISTORIA CLINICA
15) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	Diligenciamiento de historias clinicas y formatos establecidos por subred cumpliendo con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	HISTORIA CLINICA
16) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SI	Diligenciamiento de consentimientos informados según cada procedimiento propuesto al paciente	CONSENTIMIENTO INFORMADO
17) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SI	Seguimiento y valoracion de paciente según riesgo clinico y condicion clinica.	SEGUIMIENTO PRESENCIAL Y TELEFONICO CON REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
18) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y procedo de atención domiciliaria	SI	Educacion a paciente y familiares acerca de condicion medica del paciente y tratamiento medico propuesto.	HISTORIA CLINICA
18) Emitir conceptos médicos que se le requieran	SI	Realizacion de conceptos medicos según lo requerido por el programa de atencion medica domiciliaria	HISTORIA CLINICA
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	Cumplimiento de normatividad propuesta por Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	HISTORIA CLINICA Y ADHERENCIA A GUIAS Y PROTOCOLOS DE LA SUBRED
20) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SI	Diligenciamiento de consentimientos informados según cada procedimiento propuesto al paciente	CONSENTIMIENTO INFORMADO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1090477420
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			HUGO ALBERTO ROJAS RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	TRANSVERSAL 90 D # 65 09	TELÉFONO:	5479141
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

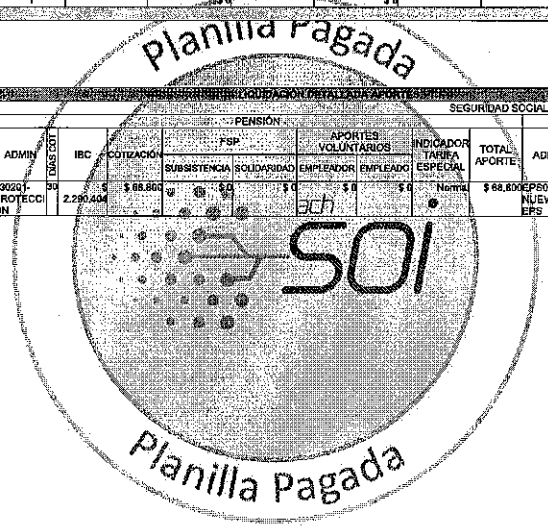
NÚMERO PLANILLA:	7754468318	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					643838532

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 68.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.800	$ 0	$ 68.800
SUBTOTALES:										$ 68.800	$ 0	$ 68.800

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 286.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 286.400	$ 0	$ 0	$ 286.400
SUBTOTALES:													$ 286.400	$ 0	$ 0	$ 286.400



AUTOLIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1090477420	ROJAS RUIZ HUGO ALBERTO	INDEPEND		$ 2.290.404			NO																

SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 2.290.404	$ 68.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 68.800

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.290.404	$ 286.400	$ 0	$ 286.400

ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
		$ 0		$ 0

PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 355.200

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06 / 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

HUGO ALBERTO ROJAS RUIZ

C.C 1090477420 DE CÚCUTA NORTE DE SANTANDER

La suma de $ 5,726,010, por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área asistencial como Medico General, en la unidad de atención medica domiciliaria, durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4542-2020

HUGO ALBERTO ROJAS RUIZ

C.C 1090477420 DE CÚCUTA NORTE DE SANTANDER

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NÚMERO 183-806299-48