

 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. ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	02/15/2018	
		Código:	04-02-FG-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JAIRO ANDRES ALTAHONA ACOSTA											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				8736630				
CORREO ELECTRONICO:				altahonamed@gmail.com				CELULAR:				3138083777			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				USS FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				URGENCIAS				SEDE:				FONTIBON F003			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		F003B03	10												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				570004870132745				PENSIONADO				No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				5839-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				2			
NÚMERO DE CDP		1052		FECHA		22/07/2020		NÚMERO DE CRP		33654		FECHA		22/08/2020	
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	9	2020				30	9	2020	
				\$40.000											
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 0%				NO APLICA			

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. AGOSTO 16 HORAS Y SEPTIEMBRE 180 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$8.043.632
VALOR EJECUTADO	\$7.840.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$7.200.000
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$203.632
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97 %

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 \$2,194,508,00 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

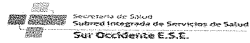
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7763548022	\$292.601,00	\$36.575	\$46.816	3	\$7.128	\$90.519

Dado en Bogotá a los () días del mes SEPTIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente;


RODOLFO DUARTE CELY
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


JAIRO ANDRES ALTAHONA ACOSTA
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		Sede: UNIDAD FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	5839-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2020		30	9	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAIRO ANDRES ALTAHONA ACOSTA		C. C.	8.736.630			DE	BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es:		Productos :		Servicios: SI		X		NO	
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.	100%			Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	100%			Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
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	100%			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				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	100%			Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.				PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	
Participar en la programación de actividades del área.	100%			Participo en la programación de actividades del área.				CUANDO SE REQUIERA	
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	100%			Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.				REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION	
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.	100%			Notifico 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.				CUANDO SE REQUIERA	
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	100%			Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.				ORDENES MEDICAS	
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	100%			Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	100%			Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	100%			Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.				CUANDO SE REQUIERA	
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%			Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.				SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL	
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	100%			Emito conceptos médicos que se le requieran.				CUANDO SE REQUIERA	
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%			Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.				PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	100%			Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento				CUANDO SE REQUIERA	
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	100%			Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.				FORMATO INSTITUCIONAL	
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%			Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregar a la persona encargada en caso de terminación del contrato.				CUANDO SE REQUIERA	
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%			Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.				CUANDO SE REQUIERA	
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%			Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.				CUANDO SE REQUIERA	
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	100%			Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.				CUANDO SE REQUIERA	
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	100%			Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred				SISTEMA DE INFORMACION	
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%			Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado				CUANDO SE REQUIERA	
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%			Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente				PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)	
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%			Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.				CUANDO LO REQUIERAN	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR :	\$ 7.200.000	SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE
------------------------	---------------------	---

 JAIRO ANDRES ALTAHONA ACOSTA CC	8736630	Fecha:  RODOLFO DUARTE CELIS
---	----------------	--

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 8736630
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JAIRO ANDRES ALTAHONA ACOSTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 79B 48A=16 SUR TELÉFONO: 4624088
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NÚMERO PLANILLA:	7763548022 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: agosto PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020 SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/09/07 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 733666196

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 400.000
SUBTOTAL:			1	\$ 400.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 312.500
SUBTOTAL:			1	\$ 312.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 60.900
SUBTOTAL:			1	\$ 60.900

TOTAL PAGADO:	\$ 773.400
----------------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



Seguros de Vida

DATOS GENERALES DEL APORTANTE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: JAIRO ANDRES ALTAMORA ACOSTA DIRECCIÓN: BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL TIPO APORTANTE: INDEPENDIENTE TIPO EMPRESA: ACTIVIDAD ECONOMICA: UNICO APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SERA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 7765548022 PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: agosto AÑO 2020 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: agosto AÑO 2020 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2020/09/07 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 733666186	
--	--	---	--

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
25-14	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
EP5005	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES	Na. COTIZANTES
14-23	1	1	1
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

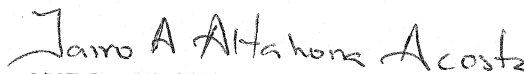
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900,959,048-4

DEBE A:

JAIRO ANDRES ALTAHONA ACOSTA

C.C. 8736630 DE BOGOTA

La suma de \$ 7.200.000 por concepto de prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO durante el periodo del 1 al 30 de SEPTIEMBRE de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5839-2020


JAIRO ANDRES ALTAHONA ACOSTA

C.C. 8736630 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCO DAVIVIENDA
Numero 570004870132745