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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Sur Occidente E.S.E.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MIGUEL ANGEL BRAVO BERRIO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.073.241.026						
CORREO ELECTRONICO:	mabb10@hotmail.com				CELULAR:	3138050940						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	MEDICINA INTERNA				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10B04	30	KE10I06	70								
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	´0550488411721522								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**4974-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**8 DE 8**		
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	**NÚMERO DE CRP**	55029	**FECHA**	30/11/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO HOSPITALARIO I dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.**								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	12	2020		31	12	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.083.874								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES: Se cobran 186 horas a razon de $32,709 hora

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$45.917.223
VALOR EJECUTADO	$44.121.846
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.083.874
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.795.377
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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 IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9413779570	$2.433.549,60	$304.194	$389.368	3	$59.281	**$752.843**

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

ELENA V. CASTRO SOLARTE
DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS

MIGUEL ANGEL BRAVO BERRIO

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

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA									Sede: USS KENNEDY		
No. DE CONTRATO:	4974-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	12	Año			
			1	12	2.020		31	12	2.020			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MIGUEL ANGEL BRAVO BERRIO		C. C.		1.073.241.026		DE		BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como MEDICO HOSPITALARIO I de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno.	100%	1. Recibí y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
2, Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.	100%	2, Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.	100%	3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.	100%	4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias	100%	5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Lobro de entrega de turnos
6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.	100%	6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.	100%	7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.	100%	8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.	100%	9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Lobro de entrega de turnos
10 . Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	%	Participé en reuniones de actualización programadas en el servicio con el fin de afianzar nuevos conocimientos sobre temas de interés	Lista de asistencia
11, Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario de cada mes	8%	11, Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario del mes a certificr, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parametros eticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($6,083,874) SEIS MILLONES OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MCTE.

CONTRATISTA : MIGUEL ANGEL BRAVO BERRIO C.C. No. 1073241026

Firma recibido supervisor: ELENA VISITACION CASTRO SOLARTE - DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS

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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073241026		BRAVO BERRIO MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 155 a 7 f 46 barranca	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3939894	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	824618151	9413779570	I	2020/12/07	2020/12/09	BANCO DAVIVIENDA	2	$753,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$389,600	$0	$0	$389,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$389,600	$0	$0	$389,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$59,400	$0	$0	$59,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$59,400	$0	$0	$59,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,400	$0	$0	$304,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$304,400	$0	$0	$304,400
TOTAL				1	$753,400	$0	$0	$753,400

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MIGUEL ANGEL BRAVO BERRIO

C.C No. 1073241026 de Bogotá

La suma de: ($6.083.874) Seis millones ochenta y tres mil ochocientos setenta y cuatro pesos m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios como Médico Hospitalario en el servicio de medicina interna unidad Kennedy, durante el periodo de 01 al 31 de diciembre de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4974-2020



MIGUEL ANGEL BRAVO BERRIO

C.C No. 1073241026 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550488411721522