	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	3	
			Fecha de aprobación	15/02/2018	
			Código:	04-02-FO-0002	

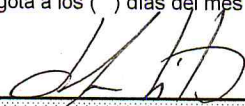
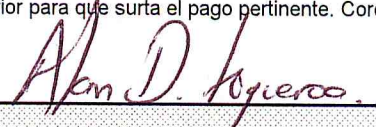
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1094248149						
CORREO ELECTRONICO:				alan2603@hotmail.com				CELULAR:		3202219964					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KENNEDY							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				NEONATOS				SEDE:		KE10					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
			100												
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				61665695427						PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4230-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				7 de 7			
NÚMERO DE CDP		1052		FECHA		22-jul-20		NÚMERO DE CRP		31957		FECHA		31/07/20	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como NEONATOLOGO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la Institución.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	8	2020			31	8	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.805.720											
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:	\$22.851.031
VALOR EJECUTADO	\$18.514.980
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.805.720
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$4.336.051
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	81%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:						
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$ 2.070.290, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. NO REALIZAR DESCUENTO COVID						
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
44636672	\$1.122.288	\$140.286	\$179.566	3	\$27.400	\$347.252

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

DR. JERSON SILVA y FIRMA DEL SUPERVISOR: ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA y FIRMA DEL CONTRATISTA

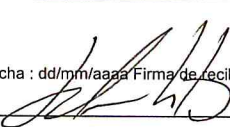
Ubicación del Servicio:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	Sede: KE10
No. DE CONTRATO:	4230-2020	Período certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA	C. C. 1.094.248.149 DE PAMPLONA

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 NEONATOLOGO 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
Cubrimiento de las áreas de Sala de Partos - Quinto Piso y la Unidad de Recién Nacidos según la programación y las necesidades presentadas. Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados. Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello.	100%	Cubrimiento de las áreas de Sala de Partos - Quinto Piso y la Unidad de Recién Nacidos según la programación y las necesidades presentadas.* Diligenciar las Historias Clínicas correspondientes manteniendo el orden adecuado en las mismas.* Ordenamiento e interpretación de Laboratorios clínicos, Imagenológicos y especializados anotando su interpretación en las historias.* Revista médica, clínica, académica y asistencial en las áreas asignadas.* Desarrollar las actividades asistenciales consertadas.* solicitar y dar respuesta a Interconsultas de otras especialidades.* Actividades Académicas con los Internos rotatorios y Estudiantes de Pediatría.* Procedimientos médicos quirúrgicos según necesidad de cada paciente. Participación activa en las reuniones pediátricas.* Apoyo en las otras áreas del Departamento que lo requiera.	Registros clínicos; Formatos de evolución; Ordenes medicas; Notas de procedimientos; Interpretación de exámenes
Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello	100%	Se garantizo un adecuado proceso de registro de los estudios paraclínicos, datos del paciente, y demas ítems de la historia clínica	Nota de evolucion y seguimiento asi como interpretacion e indicaciones terapeuticas.
Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones y circulares de cualquier organo externo o interno que tenga que ver con la ejecución del contrato	100%	Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato.	
Anexar la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contrato mensualmente.No obstante lo anterior, el CONTRATISTA respondera civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de ley.	100%	se realiza pago de parafiscales para soportar valor de cuenta de cobro	Planilla de pago de parafiscales
Responder las glosas generadas si hubiere lugar	100%	No se presentaron glosas	informe de actividad y justificacion de glosas
Contribuir al mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad	100%	Participación en las actividades clínicas, docentes, investigativas, administrativas y asistenciales.	

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2.805.720 Dos millones ochocientos cinco mil setecientos veinte pesos

 ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA 1094248149 DE PAMPLONA	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido  supervisor: JERSON SILVA DR.
--	--

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Período certificado desde el: Diligencie la fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadanía
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadanía

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC	
CC	1094248149	ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA	Carrera 90#48a-68 Tindal	3202219864	alan2008@hotmail.com											1	0
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO					PERIODO SALUD	2020-07	2020-07	11/09/2020	44638672	TOTAL A PAGAR		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.										\$347.300		

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			
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	140.300	0			0	0	0	140.300	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	Puente	800224809-8	179.600	0	0	0	0	0	0	0	179.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Valor Mora	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora Solidaridad	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	27.400			27.400	0	0	27.400	274	0	27.400	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	140.300	140.300
Pensión	1	179.600	179.600
Riesgos Laborales	1	27.400	27.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	347.300	347.300

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Alan David Figueroa G

C.C 1.094.248.149 DE Pamplona

La suma de 2.805.720, por concepto de: Pediatra –Medico Hospitalario III durante el periodo de 01 al 31 de Agosto/ 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4230-2020


Nombre de contratista

C.C.1.094.248.149

CUENTA DE AHORROS BANCO: Bancolombia

NUMERO: 61665695427