

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1094248149					
CORREO ELECTRONICO:		alan2608@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		10 de 10			
NÚMERO DE CDP		1597	FECHA	31-oct-20	NÚMERO DE CRP	49207	FECHA	06/11/20	
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	11	2020		30	11	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:	\$25.656.751
VALOR EJECUTADO	\$25.656.751
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.805.720
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. NO REALIZAR DESCUENTO COVID

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
46553550	\$1.122.288	\$140.300	\$179.600	3	\$27.400	\$347.300

Dado en Bogotá a los () días del mes Noviembre 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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 09/11/2016
Código: 15-02-FO-0003



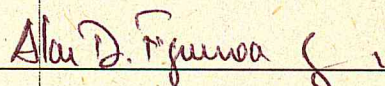
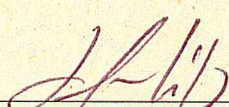
Ubicación del Servicio:		HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY				Sede: KE10						
No. DE CONTRATO:		4230-2020		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	11	2.020		30	11	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA				C. C.		1.094.248.149		DE PAMPLONA		

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 concertadas.* 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 items de la historia clinica	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 justificación 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): Dos Millones ochocientos cin mil setecientos veinte (2805720)

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

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

Periodo certificado desde el: Diligencie fecha inicio hasta fecha final del periodo de prestación de servicios



DATOS DEL APORTANTE						
NO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
C	1094248149	ALAN DAVID FIGUEROA GARNICA	Carrera 90a#8a-68 Trital	3202219964	alan2608@hotmail.com	
MA TACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2020-10					\$347.300	

TALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
Nueva EPS	900156264-2	140.300	

TOTALES PENSIÓN			
Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
Ponenir	800224808-8	179.600	

TOTALES RIESGOS LABORALES

Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
ARL SURA	890903790-5	27.400	

TOTALES CAJAS

Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
Ponenir	800224808-8	179.600	

TOTALES CAJAS

Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
Ponenir	800224808-8	179.600	

TOTALES PARAFISCALES

Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
ARL SURA	890903790-5	27.400	

TOTALES PARAFISCALES			
Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
ARL SURA	890903790-5	27.400	

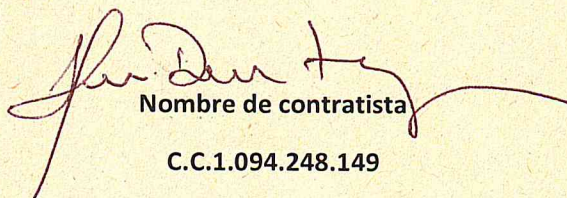
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

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 30 de Noviembre/ 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