DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA

C.C 79788627 DE BOGOTA

La suma de $6.032.724, por concepto de: por prestar el servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO GENERAL en la USS 71 Patio Bonito, durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2623-2020

William H. Barajas.

WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA

Nombre de contratista

C.C.79788627 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 3870045774

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:	WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79788627							
CORREO ELECTRONICO:	williambgc@hotmail.com				CELULAR:	3158603260							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	71 PATIO BONITO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55B01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	3870045774								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2623-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6				
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	23452	FECHA	30/04/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como MEDICO URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Intitucion.**										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	7	2020		31	7	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.032.724										
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%	NO								

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:	$36.196.344
VALOR EJECUTADO	$36.196.344
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$6.032.724**
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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43017637	$2.413.090	$301.636	$386.094	3	$58.783	**$746.513**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de JULIO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JAIME CASTILLO RAMOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

WILLIAM H. BARAJAS
WILLIAM HUMBERTO BARAJAS
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS			Sede: CAPS PATIO BONITO					
No. DE CONTRATO:	2623-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	7	2.020		31	7	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA			C. C.	79.788.627		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 URGENCIAS** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
verificar las listas de programacion y cumplir con los turnos del servicio de urgencias	Programado	Verifique y cumpli con la programación de turnos de servicios e informar con anticipación al líder encargado de programar turnos en el evento de presentarse cruce de horarios.	Se realiza cumplimiento de turnos programados en el mes.
realizar y registrar la recepcion y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el hospital.	Programado	Realice y registre la recepción y entrega de turno acorde con el procedimiento establecido por el Hospital.	Se recibe y entrega de turno diario.
revisar y cumplir los protocolos, normas tecnicas,guias de manejo y propias el area p	Programado	· Revise y cumpli con las guías de manejo, protocolos y procedimientos establecidos por el Hospital.	Se cumple con las guias de manejo , protocolos y procedimientos establecidos en el hospital.
cumplir los procedimientos de rfernecia y contra referencia establecidos en la normatividad vigente	Programado	· Cumpli con los procedimientos de referencia y contrarreferencia establecidos en la normatividad vigente y en especial anexo 3 de la SDS- Contrato vinculados.	Se realiza actualizacion de remisiones de forma diaria, cumpliendo con lineamientos establecidos.
· Diligenciar los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y demas registros legibles.	Programado	· Diligencie los registros clinicos acorde con la normatividad vigente y directrices del comité de historias clinicas y en especial historias clinicas de urgencias, evoluciones, epicrisis y demás registros en forma legible.	Se realiza diligenciamiento de historias clinicas de manera coherente y completa, de documentación requerida según sea el caso.
· Diligenciar correctamente y de formacompleta los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Programado	· Diligencie los diferentes registros (solicitudes de laboratorios, apoyo diagnóstico, formulas médicas)	Diligenciamiento completo y claro en solicitud de laboratorios y otros.
diligenciar las fichas de notificacion obligatoria acorde con las normas definidas por el ministerio de salud	Programado	· Entregue los registros de lesiones de causa externas, certificados de nacido vivo, registros civiles y RIPS legibles acorde con la normatividad vigente al técnico de estadística de la sede.	Se realiza llenado de lesiones de causa externa a pacientes que lo requieran para notificacion, RIPS,
. Participar en la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	Programado	. Participe en la revisión de historias clínicas por la auditoria Medica tanto Interna como Externa.	durante el mes no hubo comité de auditoria de historias clinicas
.Mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guías de atención necesarias para el desempeño en su labor	Programado	.me mantengo actualizado y capacitado en la reglamentación, normas, guías de atención necesarias para el desarrollo del objeto de la orden.	He participado en las capacitaciones para la prestación del servicio
cumplir con las actividades incluidas dentro de la implementacion , desarrollo y mantenimiento de los subsistemas del sistema integardo de gestion y dentro de est todo lo relacionado con cultura autocontrol , programas de seguridad del paciente y de humanizacion	Programado	se cumplen con las actividades que van dentro de la implementacion de todo el sistema	se cumple con todas las actividades incluidas
asistir a reuniones y/o jornadas de programadas pro el hospital del sur E.S.E tendiente asegurar las metas en cumplimiento de las mismas(inclute induccion o re induccion)	No Programado	no aplica para este mes	no aplica para este mes
portar el carnet de indetificacion del hospital , cuando se semine la rlacion contractual este debe ser devuelto a la oficina de talento humano	Programado	se usa carnet en la institucion	se usa carnet en la institucion
garantizar la custodia y buen uso de los equipos y elementos que hacen parte del servicio .	Programado	se garantiza y da uso racional a los insumos	se garantiza y da uso racional a los insumos

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79788627	WILLIAM HUMBERTO BARAJAS GARNICA		CALLE 146 A 58 B 22 BLOQUE 4 - 313	5284373	williambgc@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	01/06/2020	43017637	$1.596.800	

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
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	625.000	0		0		0	0	0	0	625.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	800.000	0	0	25.000	25.000	0	0		850.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	121.800				121.800	0	0	121.800			1.218	121.800	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	625.000	625.000
Pensión	1	850.000	850.000
Riesgos Laborales	1	121.800	121.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.596.800	1.596.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información