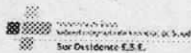


CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1016043575										
CORREO ELECTRONICO:				ivonrc@gmail.com				CELULAR:		3202480307									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS CARBONEL											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				CONSULTA EXTERNA				SEDE:		Bosa									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		SU41-A10	100																
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros									
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				4870464783				PENSIONADO		No									
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4216-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				11							
NÚMERO DE CDP		1723		FECHA		26/11/2020		NÚMERO DE CRP		54541		FECHA		30/11/2020					
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		12		2020				31		12		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$5.419.296															
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO								VALORES											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$48.334.682											
VALOR EJECUTADO								\$48.334.682											
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$5.419.296											
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,194,507, 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%		NIVEL ARL		APORTE ARL		TOTAL APORTES							
47191858		\$2.167.719,00		\$270.965		\$346.835		3		\$52.806		\$670.606							
Dado en Bogotá a los 31 días del mes de diciembre del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente																			
NORIDA SEGURA CUELLAR (ENCARGADA)								IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON											
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:								NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA											



INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:	CONSULTA EXTERNA	Sede: TRINIDAD GALAN
No. DE CONTRATO:	4216-2020	Periodo certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON	
	C. C.	1.016.043.575
	DE	BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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: SI NO Servicios: SI X

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.	SI	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	HISTORIA CLINICA
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SI	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	HISTORIA CLINICA
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	SI	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	HISTORIA CLINICA
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	SI	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	HISTORIA CLINICA
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	Registro de forma completa y coherente: evolución del paciente, antecedentes clínicos, tratamiento, procedimientos instaurados en el paciente, aspectos pendientes a realizar en la historia clínica sistematizada, incidentes y eventos adversos, que se presenten durante la estancia hospitalaria. Realizar de forma completa el egreso y epicrisis de forma sistematizada.	HISTORIA CLINICA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	Brindo información al paciente en la consulta medica sobre su estado de salud, reportes paraclínicos, aspectos pendientes a realizar y remisiones. Brindar información clara verificando el conocimiento y comprensión de la información.	HISTORIA CLINICA
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	SI	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades y las entrego al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	INFORME DE ACTIVIDADES

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$5,419,296 CINCO MILLONES CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

	Fecha: DICIEMBRE 2020 Firma de recibido supervisor:
NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON CC 1016043575	

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

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORATOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORATOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LATORALESTOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACIONTOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAPTOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACIONTOTAL APORTES DEL PERIODO A LAS C/C ADMINISTRADANUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE ICE LLAMAR Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	346.900	346.900
SALUD	271.000	271.000
RIESGOS LABORALES	52.900	52.900
CFP	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	670.800	670.800

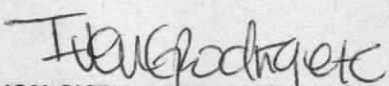
[illegible]

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON
C.C 1016043575 DE BOGOTA

La suma de cinco millones cuatrocientos diecinueve mil doscientos noventa y seis pesos , 5.419.296, por concepto de prestación de servicios como profesional de medicina general en la unidad de servicios de salud José maría Carbonell en el área de consulta externa, durante el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4216 -2020.


IVON GISELL RODRIGUEZ CALDERON

C.C 1016043575 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 48704647830