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.

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ONALDO JOSE BARRIOS TABORDA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 72.348.670 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | onaldo_barrios@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3144778351 | | | | | | |
| 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 | 32 | KE10I06 | 68 | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 0570007380777016 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | **4993-2020** | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | **10 DE 10** | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1387 | FECHA | 28/09/2020 | **NÚMERO DE CRP** | 43495 | **FECHA** | 30/09/2020 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1597 | FECHA | 31/10/2020 | **NÚMERO DE CRP** | 49720 | **FECHA** | 6/11/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO INTERNISTA 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 | 11 | 2020 | | 30 | 11 | 2020 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $14.680.794 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | |

OBSERVACIONES: Se cobran 186h por $78,929 hora

## CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $127.280.841 |
| VALOR EJECUTADO | $114.000.058 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $14.680.794 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $13.280.783 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 90% |

**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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1033730516** | $5.872.317,60 | $734.040 | $939.571 | 3 | $143.050 | **$1.816.660** |

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

**ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR**
REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA

**ONALDO JOSE BARRIOS TABORDA**

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:** | MEDICINA INTERNA | | | **Sede: USS KENNEDY** | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 4993-2020 | **Periodo certificado desde el** | | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | | 1 | 11 | 2.020 | | 30 | 11 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | ONALDO JOSE BARRIOS TABORDA | | | **C. C.** | | 72.348.670 | | **DE** | BARRANQUILLA | |

**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 INTERNISTA 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.. | Libro 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.. | Libro de entrega de turnos |
| 10 . Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio | 100 % | 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 | 100% | 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): ($14,680,794) CATORCE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE**

ONALDO JOSE BARRIOS TABORDA C.C. NO. 72,348,670

Fecha recibido:

Firma recibido supervisor: ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR - REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA

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

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de Seguridad Social |
| **Fecha** | 2020-11-11, 07:48:05 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | octubre de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | octubre de 2020 |
| **Empresa** | ONALDO JOSE BARRIOS TABORDA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 72348670 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1033730516 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 796551433 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 1.875.600 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.42.12.1 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Número REG02 | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | 1 | $ 998.400 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | 1 | $ 734.100 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | 1 | $ 143.100 | $ 0 |
| N000000000 | NIN-CC | NINGUNA CCF | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 |
| | | | **SubTotales:** | | $ 1.875.600 | $ 0 |
| | | | **Total a Pagar:** | | | $ 1.875.600 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ONALDO JOSE BARRIOS TABORDA**

**C.C No. 72348670 de Barranquilla**

La suma de: ($14.680.794) Catorce millones seiscientos ochenta mil setecientos noventa y cuatro pesos m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios como Médico Internista en el servicio de medicina interna unidad Kennedy, durante el periodo de 01 al 30 de noviembre de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 4993-2020

**ONALDO JOSE BARRIOS TABORDA**

**C.C No. 72348670 de Barranquilla**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570007380777016**