| 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 SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| 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 | | | 12 DE 12 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | | FECHA | | | |
| 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 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 | | |
| 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: | $156.642.429 |
| VALOR EJECUTADO | $143.361.599 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $14.680.794 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $13.280.830 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 92% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1034795086** | $5.872.317,60 | $734.040 | $939.571 | 3 | $143.050 | **$1.816.660** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de enero del año Dos Mil veintiuno (2021). 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| 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 | 1 | 2.021 | | 31 | 1 | 2.021 | |
| 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 SuAporte |
| **Fecha** | 2021-01-06, 08:04:11 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | diciembre de 2020 |
| **Empresa** | ONALDO JOSE BARRIOS TABORDA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 72348670 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1034795086 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 852608549 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 1.875.600 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 998.400 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 734.100 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $ 143.100 | $ 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!

# ONALDO JOSE BARRIOS TABORDA

**NIT. 72348670-1**
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CR 88 18 33 APTO 701 T-4, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
CP +57
Tel. 3144778351

**Autorización facturación electrónica No. 18764007589631 válida desde 2020-11-17 hasta 2021-05-17 rango desde OB1 hasta OB10000**

| DATOS DEL CLIENTE | |
|---|---|
| | 900959048 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. |
| | CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP +57 |
| | 4546800 |
| | gerencia@subredsuroccidente.gov.co |

| FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA | |
|---|---|
| | OB3 |
| | 12/01/2021 09:12:12 |
| | 15/01/2021 |
| | COP Colombia, Pesos |
| | Crédito |
| | Transferencia Débito Bancaria |
| | 15/01/2021 |
| | 1 |

| # | Código | Descripción | U. Medida | Cantidad | Precio U. | IVA | Dcto. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | HO1 | HONORARIOS MEDICOS DEL 01 AL 30 DE ENERO | WSD | 1,00 | $14.680.794,00 | | 0,00 | $14.680.794,00 |

| Impuesto | Base | Tarifa | Importe | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | $14.680.794,00 |
| | | | | | $0.00 |
| | | | | | $0.00 |
| | | | | | $14.680.794,00 |

| | |
|---|---|
| | ce180fa927cdc66a1b736fef027b019480fab755a20fa8309530f765c9afadb798220c8ecd4dafb167b1570542203acf |
| | (catorce millones seiscientos ochenta mil setecientos noventa y cuatro pesos ) |
| | SJ7afeZ9wP7h28jq9h35Vph+sSr0Do9e9Yy2zlcJQvr9vNxTcJOMhaFbt2tc3SUVNs9KosWDalBxYrb+XRJLWk1pO9qTU+zd2vs1oVX0WouHcbF03sdgAeevcjdQ/nc2Ja5+hNXzwz8hdj bRh9mL3PARje3zLGsXq3tUtSTjUVMVZ/mPo6HAvd5oMjz4GV+ceJyDi5LZiN3rVUBmALJPdzEls+Ud8t06EYWig/hqPrFyZ7KG31DCLIpJL0WsS35AdI3MyefwzWoQ3fCSmmv1hUP6KO1H y6Wgcf5fCQqiAjjQKjALYvfUAm7yR3lNmDD6gRMn6xMONBE9V2xGEOI9VA== |

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena s.a. Nit. 890.930.534-0