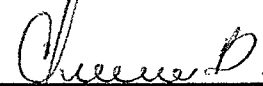


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación	02/15/2018	
			Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CRISTHIAN CAMILO BRAVO HERRERA															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				1023860555								
CORREO ELECTRONICO:				725ccbh@gmail.com				CELULAR:				3123445477							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				MEDICINA INTERNA				SEDE:				FONTIBON F003							
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		F003106	100																
ENTIDAD FINANCIERA:				AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:				Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				84844849				PENSIONADO				No							
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4071-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				8							
NÚMERO DE CDP		1242		FECHA	27/08/2020		NÚMERO DE CRP		37129		FECHA	30/08/2020							
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA 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		9		2020				30		9		2020	
				\$30.000															
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 0%				NO APLICA							
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. AGOSTO 186 HORAS Y SEPTIEMBRE 180 HORAS																			
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO																			
CONCEPTO												VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:												\$34.199.861							
VALOR EJECUTADO												\$34.019.861							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA												\$5.400.000							
VALOR A LIBERAR												\$0							
SALDO POR EJECUTAR												\$180.000							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN												99 %							
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 \$2,194,508,00 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							
7763610453		\$2.232.000,00		\$279.000		\$357.120		3		\$54.372		\$690.492							
Dado en Bogotá a los () días del mes SEPTIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.																			
Cordialmente;																			
 RODOLFO DUARTE CELY NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:										 CRISTHIAN CAMILO BRAVO HERRERA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA									

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA	Sede: UNIDAD FONTIBON
No. DE CONTRATO:	4071-2020	Periodo certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CRISTHIAN CAMILO BRAVO HERRERA	C. C. 1.023.860.555 DE BOGOTÁ

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería 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 NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	100%	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	ORDENES MEDICAS
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	100%	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
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	100%	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	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	100%	Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participar en la programación de las actividades del área	100%	Participo en la programación de las actividades del área	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	100%	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO LO REQUIERA
Impartir instrucciones al personal a cargo	100%	Imparto instrucciones al personal a cargo	PLAN DE ENFERMERIA
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad,	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	100%	Realizo los procedimientos al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera mi participación.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	100%	Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROTOCOLOS INSTRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUANDO LO REQUIERAN

TOTAL A PAGAR :	\$ 5.400.000	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE
-----------------	--------------	--

 CRISTHIAN CAMILO BRAVO HERRERA CC 1023860555	Fecha:  RODOLFO DUARTE CELY
---	---

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023860555
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CRISTIAN CAMILO BRAVO HERRERA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOACHA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	
DIRECCIÓN:	KR 14 ESTE # 32 B-01 APT 201- TELÉFONO:	7265718	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7763610453		TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0		AÑO:
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/09/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:
			737660231

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 357.300
SUBTOTAL:			1	\$ 357.300
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 279.200
SUBTOTAL:			1	\$ 279.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 54.400
SUBTOTAL:			1	\$ 54.400

TOTAL PAGADO:	\$ 690.900
----------------------	-------------------

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048 - 4

DEBE A:

CRISTHIAN CAMILO BRAVO HERRERA

C.C. 1023860555 DE BOGOTA

La suma de \$ 5.400.000, por concepto de prestacion de servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial como JEFE DE ENFERMERIA durante el periodo del 01 al 30 de septiembre de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestacion de servicios No 4071-2020



CRISTHIAN CAMILO BRAVO HERRERA

C.C. 1023860555 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS

Numero

BANCO

84844849

AV VILLAS