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:	FEDERICO PARRA GIRALDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.010.200.557						
CORREO ELECTRONICO:	feparragi@gmail.com				CELULAR:	3507486205						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBON							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO03B01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	94410985301								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2602-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		9					
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	35887	FECHA	30/08/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	. Prestar apoyo como PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL en el area de MEDICINA INTERNA dentro de los diferente proceso y porcedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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	9	2020		30	9	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES - HORA	$40.000										
TIPO DE SERVICIOS	asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%									

OBSERVACIONES: AGOSTO 174 HORAS-180 HORAS SEPTIEMBRE

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$49.242.070
VALOR EJECUTADO	$47.777.220
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7.200.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.464.850
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
45203560	$2.784.000	$348.000	$445.440	3	$67.818	**$861.258**

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

RODOLFO DUARTE CELY
SUPERVISOR

FEDERICO PARRA GIRALDO
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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS		Sede: UNIDAD FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	2602-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	09	2020		30	09	2020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FEDERICO PARRA GIRALDO		CC	1.010.200.557			DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar apoyo como PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL en el area de MEDICINA INTERNA dentro de los diferente proceso y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo a las necesidades de la Institución.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento a lo estandadres de producción del servcio asignado según los tiempos establecidos por la institución	100%	Cumplo con los tiempos establecidos por la institución para dar cumplimiento a los estandares de producción. Cumplir el tiempo de atención establecido por la institución para realizar evoluciones médicas y trámites de egreso hospitalario.	Evoluciones, ingresos, epicrisis y papeleria de egreso.
Entregar turno según los protocolos establecidos para el servicio en el cual realice sus actividades porfesionales	100%	Verifica en cuadro de entrega de turno el Médico asignado para recibir el turno. Llegar al servicio en los siguientes horarios: 1 pm - 7 pm, vistiendo el uniforme correspondiente al servicio y carnet institucional. Saludar al profesional de salud (médico) que entrega turno y presentarse con nombre y apellido. Saludar al paciente, presentar al médico que recibe turno. Cumplir en el transcurso del cambio de turno la adherencia a los 5 momentos del lavado de manos. Utilizar las medidas de bioseguridad de acuerdo con el aislamiento y los protocolos de la institución. Garantizar la siguiente información del usuario: nombres y apellidos completos, edad, diagnósticos, tratamiento e indicaciones médicas, examenes pendientes y/o interconsultas, tipo de aislamiento. Diligenciar de forma clara y legible el instructivo de entrega de turno.	Asistir de forma habitual según turnos programados, verifico previo a la atencion del paciente los 4 inequivocos para la identificacion, se da informacion verbal y se explica a pacientes y familaires, lavado de manos en 5 momentos, cumplimiento de normas de bioseguridad uso de bata cerrada y tapabocas, guantes etc.
Cumplir con los turmos asignados según la programacion publicada.	100%	Conoco y doy cumplimiento a la programación de turnos asignados por el lider del servicio. Informar de forma oportuna y entregar por escrito el formato de cambio de turnos.	Cumplo con mis turnos programados, en caso de requerirse cambio de turno se diligencia formato de cambio de turno, aviso a mi Líder en caso de calamidad.
Diligenciar de manera completa legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la Resolucion 1995 del año 1999.	100%	Registro de forma completa y coherente: evolución del paciente, antecedentes clínicos, tratamiento , procedimientos instaurados en el paciente, aspectos pendientes a realizar en la historia clinica sistematizada, incidentes y eventos adversos, que se presenten durante la estancia hospitalaria. Realizar de forma completa el egreso y epicrisis de forma sistematizada.	Registro completo de la historia clínica: evoluciones, referencias, epicrisis , formulas de egreso y recomendaciones.
Garantizar la información al usuario y a su familia sobre su estado de salud.	100%	Brindo información al paciente en las rondas médicas sobre su estado de salud, reportes paraclinicos, aspectos pendientes a realizar y remisiones. Brindar información clara a los familiares en los horarios de visita y /o los designados por el servicio, verificando el conocimiento y comprensión de la información.	Se brinda informacion verbal y se explica la paciente y familiar, se hace uso de la estrategia de cominución redundante, se entregan recomendaciones de egreso por escrito tambien, se explican formulas médicas.
Hacer seguimientos a los pacientes de acuerdo a los procedimientos de cada uno de los servicios.	100%	Realizo la planeación de la evolución médica, asignando responsabilidades durante el turno según disponibilidad del recurso humano. Evaluar evolución o mejoras clínicas y disminución de los riesgos, interrogar signos y sintomas, evolución, valorar nuevamente, analizar evolución del estado clínico y resultados de los procedimientos diagnósticos y/o terapeúticos. Proyectar y registrar un plan de manejo en la historia clínica	Se valoran pacientes priorizando según complejidad, se valoran los pendientes y recomendados según la recomendación de la entrega de turno.
Adherirse a las guias de manejo institucionales.	100%	Conozco las guías de manejo institucionales del servicio de hospitalización y actualización de las mismas cuando asi se realice. Adherirse a los procesos establecidos en las guías de manejo para la atención médica en el servicio de hospitalización. Alertar y tomar las medidas correspondientes, en caso que no se evidencie adherencia a las guías médicas.	Conozco las guias institucionlaes, en caso de Md hospitalario, se consignan los manejo y conductas según la directriz dada por el especialista.
Cumplir y vigilar la adherencia de asepsia y antisepsia y adherencia al del manual de Bioseguridad.	100%	Me adhiero a los cinco momentos de lavado de manos, durante el desempeño de las actividades en el servicio de hospitalización. Conocer el manual de bioseguridad de la institución y adherirse a los procesos que se describen.	me adhiero a manula de bioseguridad, lavado de manos se hacen observaciones a pares y dem's compañeros de trabajo en caso de detectar alguna falla.
Diligenciar los formatos de notificacion obligatoria eventos adversos e infecciones intrahospitalarias	100%	Conoco los eventos del servicio de urgencias, que requieren de notificación y reportar de forma oportuna. Garantizar el diligenciamiento completo y veras de la información solicitada en las fichas de notificación. Asegurar la entrega de las fichas de notitication al jefe de turno y/o auxiliar del servicio de epidemiología para el posterior seguimiento.	En los caso pertinentes diligencio formatos de notificacion obligatoria, certificados de defunción oportunamente.
Cumplir con las normas, procedimientos y manules establecidos por la institucion.	100%	Conocer y adherirse a las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución y la actualización de las mismas cuando asi se realice. Alertar y tomar las medidas correspondientes, en caso que no se evidencia adherencia.	Cumplimiento con adherencia.
Realizar las acciones necesarias que garanticen la aplicación de cadena de custodia en los casos que se requieran.	100%	Identifico y realizo las acciones que garanticen la adecuada aplicación de la cadena de custodia. Informar a la jefe de turno y/o persona correspondiente para garantizar el mantenimiento de la cadena de custodia.	No aplica habitualmente.
Realizar la referencia y contraferencia con se requiera, dentro de las estrategea de redes de servcios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	100%	Diligencio de forma oportuna y completa el formato de referencia y contra referencia cuando se requiera. Informar al usuario y sus familiares, acerca del proceso de referencia y contrareferencia. Realizar la actualización del formato de referencia y contrareferencia, cuando asi se requiera.	Se realizan los formatos de refernecias completos y oprotunamente
Todas las demas activiades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato.	100%	Mantengo la disposición para realizar las actividades asignadas por el supervisor del contrato y a fines. Conocer los procesos y adherirse a los mismos del área de trabajo asignada, según corresponda.	Con disposición a colaborar en actividades en pro de la mejora continua
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidad oportunidad y de otra indole que tenga responsabilidad el contratista.	100%	Asumire el 100% de la glosa generada por la firma interventora, según corresponda.	No aplica, pues ya no hay retención por glosa.

OBSERVACIONES: 180 HORAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2020

OBSERVACIONES: $ 7.200.000 SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE

CONTRATISTA:FEDERICO PARRA GIRALDO C.C.1010200557

SUPERVISOR: RODOLFO DUARTE CELY

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

Fecha : SEPTIEMBRE 2020

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	1010200557	Federico Parra Giraldo	Cra 92 #17b-35	3507486205	feparragi@gmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-08	I	07/09/2020	45203560	$861.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	348.000	0		0		0	0	0	0	348.000	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	445.500	0	0	0	0	0	0		445.500	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	67.900				67.900	0	0	67.900			679	67.900	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	348.000	348.000
Pensión	1	445.500	445.500
Riesgos Laborales	1	67.900	67.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	861.400	861.400

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FEDERICO PARRA GIRALDO

C.C 1010200557 DE BOGOTÁ

La suma de $ 7'200.000 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como Medico General durante el periodo de 01 al 30 de SEPTIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2620-2020

FEDERICO PARRA GIRALDO

C.C 1010200557 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 94410985301