95388

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: | RONALD RENCEY SIABATO MORENO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 79.724.166 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | RSIBATO081@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3124175715 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UCI | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | KE10J02 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24083065736 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATISTA U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | OPS No.1087-20 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 02 DE 03 | | |
| NÚMERO DE CDP | 29 | FECHA | 08/01/2020 | NÚMERO DE CRP | 13348 | FECHA | 31/01/2020 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO INTENSIVISTA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION. | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 3 | 2020 | | 31 | 3 | 2020 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $6.630.036 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NA | | | | | | |

OBSERVACIONES: HORAS 84

## CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $28.414.440 |
| VALOR EJECUTADO | $13.260.072 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $6.630.036 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $15.154.368 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 47% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 17385381 | $2.652.014 | $331.502 | $424.322 | 3 | $64.603 | **$820.427** |

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

ORLANDO NIÑEZ SOTO
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR**

RONALD RENCEY SIABATO MORENO
**NOMBRE y FIRMA DEL 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 | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | UCI ADULTOS | | Sede: KENNEDY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | OPS-1087-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 3 | 20 | | 31 | 3 | 20 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | RONALD RENCEY SIABATO MORENO | | C. C. | 79.724.166 | | BOGOTA | | | |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar mis servicios y conocimientos con calidad y eficacia como Profesional Especializado de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Kennedy, en la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos,

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Manejo de Ventilación mecanica | 100% | Ordenó laboratorios clínicos, | en historia clinica |
| Interpretación de gases Arteriales, radiografias y laboratorios soliitados | 100% | Ordenó Imágenes diagnósticas, | en historia clinica |
| Manejo de soporte Hemodinámico | 100% | Elaboró Epicriis continuadas | en historia clinica |
| Realizó reanimación cardio pulmonar,manejo de vía aerea | 100% | Respondio interconsultas de cuidado crítico, registrarlas en el libro de interconsultas | en historia clinica |
| Manejo de catéteres para monitoreo invasivo | 100% | Realizó diariamente evoluciónes | en historia clinica |
| Diligenciar justificaciones de medicamentos No pos | 100% | Realizó diariamente ordenes medicas | en historia clinica |
| Cumplió con el reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional y ejecutó procedimientos seguros de trabajo según las actividades realizadas en la Institución, lavado de manos, medidas de aislamiento y correcta técnica en la colocación de dispositivos invasivos | 100% | Realizó diariamente ingresos del servicio | en historia clinica |
| | 100% | Realizó diariamente egresos del servicio | en historia clinica |
| | 100% | Dar informacion a la familia de acuerdo al proceso del servicio,llevando el formato de control de informe medico. | en historia clinica |
| | | | |

OBSERVACIONES:

**TOTAL A PAGAR: ( $ 6,630,036) SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE.**

/ C.C. CONTRATISTA:

supervisor: ORLANDO ENRIQUE NUÑEZ SOTO

Fecha MARZO 2020

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

# PLANILLA NRO. 17385381 Tipo I 2020 02 ASOPAGOS

## DATOS GENERALES

| TIPO | NÚMERO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO PRESENTACIÓN | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CÓDIGO | PERIODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | NÚMERO PLANILLA | REFERENCIA DE PAGO (EIM) | TIPO EMPRESA | CLASE APORTANTE | CÓDIGO ARL | CÓDIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 79724166 | RONALD SIABATO MORENO | ÚNICO | 0 | 0 | 2020-02 | 2020-02 | 17385381 | | PRIVADA | I | 14-23 | 85 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CÓDIGO | TELÉFONO | FAX | CORREO ELECTRÓNICO | ACTIVIDAD ECONÓMICA | VALOR NÓMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO | FECHA LÍMITE DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLL 152B 55 45 | BOGOTA | 1 | BOGOTA D.C | 11 | 3490715 | 0 | rsiabato081@gmail.com | 8299 | 0 | 1 | 2020-03-02 | 2020-03-16 |

## TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

| CÓD / NOMBRE EPS | NIT EPS | COT OBLIGATORIA | UPC ADICIONAL | # AUT INC | VALOR INC | # AUT LIC | VALOR LIC | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES UPC | SUBTOTAL COT | SUBTOTAL UPC | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR UPC | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 800088702 | 550000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 550000 | 0 | 0 | 0 | 550000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 550000 | 1 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

| CÓD / NOMBRE AFP | NIT AFP | COT OBLIGATORIA | COT VOL AF | COT VOL AP | FONDO SOL | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES FONDO SOL | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 800226939 | 704000 | 0 | 0 | 22000 | 0 | 0 | 0 | 748000 | 1 |

## TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

| CÓD / NOMBRE ARL | NIT ARL | COT OBLIGATORIA | # AUT INC | VALOR INC | OTROS RIESGOS | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | SUBTOTAL APORTES | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO FAVOR | FONDO SOL | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 860011153 | 107200 | 0 | 0 | 0 | 107200 | 0 | 0 | 107200 | 0 | 0 | 0 | 107200 |

## TOTAL APORTES A SENA

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES A MINISTERIO

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

| CÓD / NOMBRE CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SIHCCF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

## TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

### ICBF

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

### SENA

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## NÚMERO ADMINISTRADORAS

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |

## TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 748000 |
| SALUD | 550000 |
| RIESGOS LABORALES | 107200 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |
| SENA | 0 |
| ICBF | 0 |
| ESAP | 0 |
| MINISTERIO | 0 |
| GRAN TOTAL | 1405200 |