| 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: | CHRISTIAN YESID BRICEÑO ZEA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | | C.E | X | NO. | 1.022.366.542 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | dr9101@gmail.com | | | | CELULAR: | 313 4930284 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | OCCIDENTE DE KENNEDY - BOSA | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SALAS DE CIRUGIA | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10C01 | 31% | BO35C01 | 69% | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 130069743 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCI | 1529-21 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 1 de 3 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 30 | FECHA | 08/01/2021 | NÚMERO DE CRP | 11986 | FECHA | 31/01/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ANESTESIOLOGO 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 | 2 | 2021 | | 28 | 2 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $5.881.824 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NA | | | | | | | |

OBSERVACIONES: Horas 72

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $17.048.664 |
| VALOR EJECUTADO | $5.881.824 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $5.881.824 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $11.166.840 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 35% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7779452513 | **$3.030.872** | $378.859 | $484.940 | 3 | $73.832 | **$937.631** |

Dado en Bogotá En el dia ( ) del mes de Febrero del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Geovanny Rodriguez Sanchez
ANESTESIOLOGO

**GEOVANNY RODRIGUEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**CRISTIAN YESID BRICEÑO ZEA**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

Escaneado con CamScanner

| 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:** | ANESTESIA | | | KENNEDY | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | OPS No. 1529-2021 | **Periodo certificado desde el** | | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | | 1 | Febrero | 2.021 | | 28 | Febrero | 2.021 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | CHRISTIAN YESID BRICEÑO ZEA | | | **C. C.** | 1.022.366.542 | | | **DE** | Bogotá | | |

**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 Médico Especialista en Anestesia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| - Cumplir con la Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. | | Consulta Preanestesica – consulta Externa | Valoraciones pre-anestesicas -Record de Rips de Consulta Externa |
| - Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. | | Interconsulta – Urgencias y Hospitalización | Valoraciones pre-anestesicas – Libro Diario de relación de interconsultas |
| - 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 días calendario de cada mes. | | Valoración y seguimiento en Recuperación | Recuperación Completa del Paciente |
| - Cumplir con las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. | | Anestesia en Ginecologia y Sala de Partos | Record Anestesia |
| - Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos al Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema Único de Acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control Interno. | | Anestesia en Salas de Cirugia | Libro de Salas de Cirugia |
| - Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el contratante y por las entidades autorizadas por este. | | | |
| - Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual | | | |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR ($5.881.824) CINCO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE.**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CRISTIAN YESID BRICEÑO ZEA C.C. 1.022.366.542

Geovanny Rodriguez Sanchez
ANESTESIOLOGO
C.C. 79.627.846

Firma de recibido supervisor

FECHA: NOVIEMBRE ( ) del año 2020

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

Escaneado con CamScanner

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**CHRISTIAN YESID BRICEÑO ZEA**

**C.C 1.022.366.542 BOGOTA**

La suma, **($5.881.824) CINCO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE.,** por concepto de: Prestación de Servicios como Anestesiólogo, en Salas de Cirugía, USS. Kennedy, durante el periodo de 01 al 28 de Febrero del 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1529-2021.

CBzea

**CHRISTIAN YESID BRICEÑO ZEA**

**C.C 1.022.366.542 BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**

**NUMERO 130069743**

Escaneado con CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1022366542 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CHRISTIAN YESID BRICENO ZEA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 53 C BIS 2 B 43 | TELÉFONO: | 1111111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7779452513** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/02/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 882840074 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 423.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 423.100** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 330.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 330.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 64.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 64.500** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 818.100** |
|---|---|



Escaneado con CamScanner