| 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: | )4-02-FO-000 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JOHNNATTAN FRANCISCO RINCON BONILLA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | x | C.E | | NO. | 80,230,077 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | conrinjonas@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3118983386 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KENNEDY | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | KE10A24 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | O570001970151088 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5413-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 2 de 2 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1052 | FECHA | 22/07/2020 | NÚMERO DE CRP | 32442 | FECHA | 31/07/2020 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Ginecología 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 | 8 | 2020 | | 31 | 8 | 2020 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $7.577.184 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NO APLICA | | | | | | |
| OBSERVACIONES: ( 96 HORAS * $78.929 ). MEDICO GINECOOBSTETRA . Profesional atiende paciente COVID-19 queda salvo descuento, ya que es una excepcion a la norma. | | | | | | | | | |

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $17.048.664 |
| VALOR EJECUTADO | $14.207.220 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | **$7.577.184** |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2.841.444 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 83% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 43774305//44728437 | $2.652.014 | $331.502 | $424.322 | 3 | $64.603 | $820.427 |

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

**AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**JOHNNATTAN FRANCISCO RINCON BONILLA**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 |
|---|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | Fecha de aprobación | 04/03/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. A MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| Ubicación del Servicio: | SERVICIO DE GNECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | | Sede: SUBRED SUROCCIDENTE DE KENNEDY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 5413-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 8 | 2.020 | | 31 | 8 | 2.020 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JOHNNATTAN FRANCISCO RINCON BONILLA | | C. C. | | 80,230,077 | | DE | BOGOTA | | | |

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 GINCEOOBSTETRA 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- Cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo a la naturaleza del servicio. | 100% | Asistir y dar respuesta de forma oportunas a las consultas e interconsulta programdas en el servicio.<br><br>Cumplimiento de agenda al paciente de Gineco-obstetricia | Entrega oportuna de las respuestas a las interconsultas y entrega de Historia Clincia |
| 2- Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión y visión, principios y valores institucionales para realizar la prestación del servicio. | 100% | Plena disposición para dar cumplimiento a la mision, vision, principios y valores insitituciones mediante la atención responsable de los pacientes | cumplimiento de la atención a satisfción del paciente |
| 3- Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de esta orden. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud | 100% | Autonomía técnica y científica en la atención al objeto contractual, respetando los derechos del paciente para dar cumplimento al código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes | Pacientes atendidos a satisfacción |
| 4-Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, Urgencias, Cirugía, UCI, o de las diferentes áreas de la institución | 100% | Realización procedimientos especiales para establecer diagnosticos o tratamientos de acuerdo a las necesidades de los pacentes del servicio | Pacientes atendidos a satisfacción |
| 5- Participar en las actividades clínicas, docentes investigativas y/o administrativas en las cuales la empresa requiere de su intervención. | 100% | Asistencia a las diferentes actividades clínicas, docentes investigativas y/o administrativas requeridas | Asistencia a las actividades clinicas, docentes investigativas y/ o administrativas |
| 6- Llevar y presentar controles estadísticos con fines científicos, administrativos y reportar enfermedades de notificación obligatoria al comité de epidemiología y al supervisor de la orden, recibir la capacitación en Vigilancia epidemiológica. | 100% | Presentación de los controles estadísticos con fines científicos, administrativos y reporte de las enfermedades al comité de epidemiología y al supervisor, asisencia a capacitación en Vigilancia epidemiológica. | Controles estadisticos y reporte de las enfermedades al comité de epidemioligia y al supervisor y laasistencia a a capacitación en Vigilancia epidemiológica. |
| 7 Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la Empresa, respaldando toda actuación con su firma. | 100% | Diligenciamiento de los formatos de historias clínicas, reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, | Un buen diligenciamiento de las Historicas Clinicas |
| 9- Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la empresa y demás equipos y elementos del empresa que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales | 100% | Adecuada utilización de los recursos equipos, elementos asignados | Adecuada utilización de los recursos equipos, elementos asignados |
| 10- Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Empresa. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional | 100% | Aplicación del reglamento de Higiene y Seguridad acorde con el programa de Salud Ocupacional | Cumplimiento reglamentode Higiene y Seguridad acorde con el programa de Salud Ocupacional |
| 11- Responder y resarcir en forma oportuna al usuario y entes de control ante los requerimientos interpuesto por fallas atribuidas a la prestación del servicio de la orden pactada. | 100% | Respuestaa oportuna a los diferentes requerimientos interpuestos en la prestación del servicio | Respuestaa oportuna a los diferentes requerimientos interpuestos en la prestación del servicio |
| 12- Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio | 100% | Reporte oportuno de los aspectos que generen obstaculos en el desarrollo de la prestación del servicio | Reporte oportuno de los aspectos que generen obstaculos en el desarrollo de la prestación del servicio |

OBSERVACIONES: MEDICO GINECOOBSTETRA 96 horas ($78.929). Profesional atiende paciente COVID-19 queda salvo descuento, ya que es una excepcion a la norma.

TOTAL A PAGAR(Número y letras): $ 7.577.184 (Siete millones quinientos setenta y siete mil ciento ochenta y cuatro pesos mcte)

JOHNNATTAN FRANCISCO RINCON BONILLA
CC.80,230,077

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR

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

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 | 80230077 | johnnattan francisco rincon bonilla | calle 160 # 72-50 ap 1403 to 2 | 6457838 | conrinjonas@hotmail.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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-07 | 2020-07 | I | 03/07/2020 | 43774305 | $587,800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS001 | ALIANSALUD EPS S.A. | 830113831-0 | 237,500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 237,500 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 304,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 304,000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 46,300 | | | | 46,300 | 0 | 0 | 46,300 | | | 463 | 46,300 | 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 | 237,500 | 237,500 |
| Pensión | 1 | 304,000 | 304,000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 46,300 | 46,300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 587,800 | 587,800 |

43774305

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

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80230077 | johnnattan francisco rincon bonilla | calle 160 # 72-50 ap 1403 to 2 | 6457838 | conrinjonas@hotmail.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 | |
| 43774305 | 03/07/2020 | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-07 | 2020-07 | N | 14/08/2020 | 44728437 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $232.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS001 | ALIANSALUD EPS S.A. | 830113831-0 | 94.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 94.100 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 120.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 120.400 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 18.400 | | | | 18.400 | 0 | 0 | 18.400 | | | 184 | 18.400 | 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 | 94.100 | 94.100 |
| Pensión | 1 | 120.400 | 120.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 18.400 | 18.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 232.900 | 232.900 |

44728437

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:**

**JOHNNATTAN FRANCISCO RINCON BONILLA**

**C.C 80.230.077 DE Bogotá**

La suma $ 7.577.184 (Siete millones quinientos setenta y siete mil ciento ochenta y cuatro pesos mcte), por concepto de: Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Ginecología 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, durante el periodo de 1 al 31 de Agosto del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5413-2020



**JOHNNATTAN FRANCISCO RINCON BONILLA**

**C.C 80.230.077 DE Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570001970151088**