

 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. OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y CONTROL
		Fecha de aprobación: 16/02/2019	
		Código: 04-02-FO-0002	

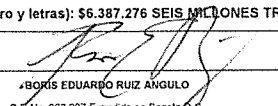
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				BORIS EDUARDO RUIZ ANGULO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C		C.E	X	NO.		363207			
CORREO ELECTRONICO:				bonseruiz@hotmail.com				CELULAR:		315 793 80 13			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				BOSA									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PEDIATRIA				SEDE:		Bosa			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		105	50	B035	50								
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				7590346289				PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3008/2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 DE 3			
NÚMERO DE CDP ADICION		165		FECHA		17/01/2019		NÚMERO DE CRP		14854		FECHA		31/01/2019	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO PEDIATRA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						1	2	2019			28	2	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$6.387.276											
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%							
OBSERVACIONES: se cobran 84 horas \$ 76,039 . Total a pagar \$6.387276															

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$42.429.762
VALOR EJECUTADO	\$6.387.276
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$6.387.276
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$36.042.486
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	15%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:						
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$ 2,070,290 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
14132952	\$2.829.926	\$353.741	\$452.788	3	\$69.300	\$875.829

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de febrero del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,	
SUPERVISOR	BORIS EDUARDO RUIZ ANGULO

 INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Version Fecha de aprobación Código	3 15/02/2018 04-02-FQ-0502	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Ubicación del Servicio: PEDIATRIA		Sede: BOSA		
No. DE CONTRATO: 3008 /2019	Periodo certificado desde el	Día 1	Mes 2	Año 2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BORIS EDUARDO RUIZ ANGULO	C. E.	363.207	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 MEDICO PEDIATRA de la Subregión 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	
Desarrollar los programas de lactancia materna, maltrato infantil, vacunación, EDA, IRA, crecimiento y desarrollo y atención al neonato.	SI	Dio continuidad a los programas de lactancia materna, maltrato infantil, vacunación, EDA, IRA, crecimiento y desarrollo y atención al neonato.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Evaluar y administrar tratamiento de acuerdo a la patología a pacientes en edad infantil.	SI	Evalué y administré tratamiento de acuerdo a la patología a pacientes en edad infantil.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Responder las interconsultas de su especialidad, referentes a los pacientes hospitalizados o remitidos de otra institución.	SI	Respondí las interconsultas de su especialidad, referentes a los pacientes hospitalizados o remitidos de otra institución.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Atender pacientes que ingresen por urgencias y consulta externa, asesorando a los médicos generales en la atención al paciente, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector.	SI	Atendí los pacientes que ingresaron por urgencias y consulta externa, asesorando a los médicos generales en la atención al paciente, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Elaborar planes de prevención y atención de la población infantil.	SI	Elaboré planes de prevención y atención de la población infantil.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Desarrollar los programas a su cargo con un enfoque de humanización en la prestación del servicio de salud en la institución.	SI	Desarrollé los programas a su cargo con un enfoque de humanización en la prestación del servicio de salud en la institución.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Practicar consulta de su especialidad formulando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento que debe seguir.	SI	Practicar consulta de su especialidad formulando diagnóstico y prescribiendo el tratamiento que debe seguir.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Supervisar el trabajo de los estudiantes que estén realizando prácticas en el hospital de acuerdo con los convenios docente-asistenciales.	SI	Supervisé el trabajo de los estudiantes que estén realizando prácticas en el hospital de acuerdo con los convenios docente-asistenciales.	Evaluaciones enviadas a las Universidades UDCA y Universidad Antonio Nariño	
Realizar dentro de su especialidad las funciones correspondientes a medicina legal y preventiva.	SI	Realicé dentro de mi especialidad las funciones correspondientes a medicina legal y preventiva.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Actualizar a la comunidad sobre el cuidado que se debe tener para prevenir las enfermedades de su especialidad.	SI	Actualicé la comunidad sobre el cuidado que se debe tener para prevenir las enfermedades de su especialidad.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Impartir instrucciones a personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos propios de su especialidad.	SI	Impartí instrucciones a personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos propios de su especialidad.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Realizar investigaciones de tipo aplicado, tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la población.	SI	Realicé investigaciones de tipo aplicado, tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la población.	Actas de Comité Técnico Científico y trabajos que reposan en Subgerencia Científica	
Elaborar, actualizar y divulgar los protocolos de manejo de su especialidad y responder por su cumplimiento.	SI	N.A	Guías de Atención de la institución	
Informar en forma detallada y veraz, el estado, pronóstico y evolución de la enfermedad a los familiares del paciente.	SI	Informé en forma detallada y veraz, el estado, pronóstico y evolución de la enfermedad a los familiares del paciente.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Diligenciamiento adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido respaldando su atención con la firma y sello.	SI	Diligencé adecuado, claro, legible y oportuno de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido respaldando su atención con la firma y sello.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Garantizar la continuidad en la atención diligenciando las remisiones (referencia y contrareferencia) de su especialidad y realizar seguimiento del proceso.	SI	Garanticé la continuidad en la atención diligenciando las remisiones (referencia y contrareferencia) de su especialidad y realizar seguimiento del proceso.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Cumplir con las actividades contempladas como normas de bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios.	SI	Cumplí con las actividades contempladas como normas de bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata.	SI	N.A	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Entregar turno (equipos, novedades y diferentes situaciones ocurridas durante el turno) y nunca abandonar el cargo antes de haber realizado la entrega formal de turno (hasta que su compañero reciba el turno).	SI	Entregué turno (equipos, novedades y diferentes situaciones ocurridas durante el turno) y nunca abandonar el cargo antes de haber realizado la entrega formal de turno (hasta que su compañero reciba el turno).	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Asistir a las reuniones, capacitaciones y comité institucionales a las cuales sea citado.	SI	Asistí a las reuniones, capacitaciones y comité institucionales a las cuales sea citado.	Actas de reunión del servicio	
Cubrir el servicio ante novedades, calamidades y diferentes contingencias, bajo directriz de la subgerencia científica.	SI	Cubrí el servicio ante novedades, calamidades y diferentes contingencias, bajo directriz de la subgerencia científica.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Responder por el área o actividades encomendadas.	SI	Respondí por el área o actividades encomendadas.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Notificar los eventos adversos generados durante el turno.	SI	Notifiqué los eventos adversos generados durante el turno.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
Velar y verificar que en la prestación de los servicios de salud, se cumplan los requisitos previos de autorización por parte de las eps, acorde con la normatividad legal vigente.	SI	Velé y verifiqué que en la prestación de los servicios de salud, se cumplan los requisitos previos de autorización por parte de las eps, acorde con la normatividad legal vigente.	Se evidencia en lo registrado en las Historias Clínicas de los pacientes atendidos en el mes de Octubre	
OBSERVACIONES:				
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$6.387.276 SEIS MIL LONES TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS pesos m.e.s.				
 BORIS EDUARDO RUIZ ANGULO C.E. No 363.207 Expedida en Bogotá D.C.		Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 		
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.				



RAZON SOCIAL :	BORIS EDUARDO RUIZ ANGULO
IDENTIFICACION:	CE-363207
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-02-11
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-02-04
FECHA DE PAGO:	2019-02-01
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2019-01
PERIODO SALUD:	2019-01
NUMERO PLANILLA:	14132952
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	14132952
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSA SALUD EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 355.200	\$ 355.20
230901	800253055	OLD MUTUAL	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 454.700	\$ 454.70
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 69.300	\$ 69.30
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 879.200	\$ 879.20