

Al momento de realizar la interventoría se observa que el contratista se encuentra ejecutando el objeto del contrato, se evidencia productividad del periodo comprendido del 1 al 10 de Diciembre del 2021, y se autoriza el pago por valor total de \$15.240.000, según Factura electrónica de Venta N° CAC-11


2. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES:

CENTRO ESPECIALIZADO DE UROLOGIA NIT: 900.422.064-7

No.	OBLIGACIÓN	D E F I C I E N T E	A M E J O R A R	S A T I S F A C T O R I O	S O B R E S A L I E N T E	N O A P L I C A	OBSERVACIONES
1	Ejecutar el objeto del contrato según programación en semanas alternadas (Semana 1 y Semana 2) de manera oportuna, eficaz y atendiendo las normas de comportamiento y ética propias de la profesión.			X			
2	Ejecutar la agenda medica acorde con la propuesta presentada por el contratista, la cual hace parte integral del presente contrato.			X			
3	Acudir al llamado de consulta de urgencias de manera oportuna			X			
4	Diligenciar formatos de referencia y/o contrareferencia y epicrisis cuando se requiera			X			
5	Fomentar y promover el respeto de los derechos y deberes de los usuarios.			X			
6	Asistir u orientar capacitaciones al personal médico y de enfermería cuando se requiera.			X			
7	Adherencia a los protocolos y guías clínicas para el manejo de la especialidad o de enfermedades en salud pública.			X			
8	Adherencia a las políticas institucionales IAMI, AIEPI, calidad, acreditación y seguridad del paciente.			X			
9	Mantener la consulta externa de cirujano dentro de los estándares de oportunidad exigido por los entes de control y eps.			X			
10	Informar de manera oportuna al interventor las irregularidades en la prestación del servicio.			X			
11	Atender oportunamente los requerimientos que haga el hospital para la adecuada prestación del servicio.			X			
12	Brindar la disponibilidad necesaria para la ejecución permanente y a satisfacción del servicio.			X			
13	Cumplir el contrato dentro del término y las condiciones acordadas			X			
14	Las demás inherentes a la naturaleza del presente contrato y propias del debido ejercicio de la profesión médica.			X			
15	Diligenciar personalmente la historia clínica del paciente así como de los anexos y soportes de la misma, de conformidad con las leyes y decretos que regulan la materia, igualmente con todas y cada una de las circulares expedidas por la secretaria de salud departamental.			X			
16	Participar en los comités institucionales de conformidad al requerimiento del supervisor			X			

"Hospital Humanizado y Seguro es Nuestro Compromiso"

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

	SUPERVISIÓN DE CONTRATO	Fecha: 25/10/17
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA – LA PLATA HUILA GESTIÓN TALENTO HUMANO	Código: F-GTH-006
		Versión: 02
		Página: 3 de 4

17	Cumplir con todas las políticas institucionales establecidas en el hospital departamental san Antonio de Padua.			X	
18	Ejercer el autocontrol en todas las actividades que le sean asignadas para garantizar la correcta ejecución del contrato.			X	
19	Dar cumplimiento a las buenas prácticas en salud establecidas en el código de ética del hospital departamental san Antonio de Padua: adecuado uso de prendas y uniformes, el uso de elementos de protección personal y bioseguridad, el porte del carnet, aseo y presentación personal, restricción del uso de celulares durante el proceso de atención en salud, el cumplimiento de la programación de turnos y en el uso de información institucional en redes sociales.			X	
20	Diligenciar en forma correcta, adecuada, completa y sin vacío alguno los formatos y/o formularios, guías y protocolos definidos y establecidos por las normas vigentes y por la institución para la identificación gestión y/o verificación del estado de evaluación y evolución de cada paciente atendido; como también los formatos no pos; so pena de tener que responder pecuniariamente por las glosas conforme lo establecido en el parágrafo de la presente obligación. Parágrafo: si por acción u omisión del contratista se generan glosas, sin justificación medica alguna, en contra de la entidad contratante, el valor de dicha glosa será descontada al contratista del valor a pagar durante el periodo correspondiente, sin necesidad que existan requerimientos especiales, diferentes al informe suscrito por el auditor médico de la contratante			X	
21	Presentar la respectiva cuenta de cobro con los soportes requeridos anexando los rips de las actividades ejecutadas en el periodo correspondiente			X	
22	Las demás requeridas en virtud del objeto del presente contrato, que le sean comunicados por el hospital o la supervisión.			X	

CARLOS ALBERTO CASTRO MEDINA C.C. 10549466

3. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:

ITEM	PERIODO DE PAGO AÑO - MES	PLANILLA No.	VALOR
PENSIÓN	2021-11	7818479575	\$1.036.400
SALUD	2021-11	7818479575	\$762.000
RIESGOS PROFESIONALES	2021-11	7818479575	\$148.500
PARAFISCALES			

4. PROPUESTAS AL CONTRATISTA ANTE UN EVENTUAL DESEMPEÑO DEFICIENTE, PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS OBLIGACIONES:

No Aplica.


5. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS:

Continuar prestando los servicios con calidad, responsabilidad y eficiencia.

6. RESULTADO ESPERADO AL MOMENTO DE FINALIZAR EL CONTRATO:

"Hospital Humanizado y Seguro es Nuestro Compromiso"

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Contratado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

	SUPERVISIÓN DE CONTRATO	Fecha: 25/10/17
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA – LA PLATA HUÍLA GESTIÓN TALENTO HUMANO	Código: F-GTH-006
		Versión: 02
		Página: 4 de 4

Ejecución del objeto del contrato al 100%

7. RIESGOS EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS:

No Aplica.

8. ENTREGÓ INFORME DE EJECUCIÓN?

SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------

RELACIONAR SOPORTES DEL INFORME: PRESENTA EL INFORME CORRESPONDIENTE AL PERIODO CONTRATADO.

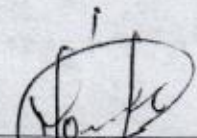
9. PROCEDE PAGO EN ESTE PERIODO?

SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------

EN CASO DE PROCEDER PAGO SE ANEXA AL PRESENTE INFORME CERTIFICACION PARA PAGO

CARLOS ALBERTO CASTRO MEDINA C.C. 10549466

FECHA DE ELABORACION: DICIEMBRE 31 DE 2021


 FIRMA DEL SUPERVISOR

Elaboró: Claudia L. Melo
Auxiliar Administrativo

DOCUMENTO CONTROLADO

"Hospital Humanizado y Seguro es Nuestro Compromiso"

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

Espacio para
Logo Corporativo

CARLOS ALBERTO CASTRO MEDINA
NIT 10.549.466-
CL 8 48 40 CONJ PORTAL DEL CAMPO CA 4
CL CASTILLA
Tel: (038) 8661018
Neiva - Colombia
calbertocastro@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. CAC-11

Fecha y hora Factura

Generación 15/12/2021, 14:27
Expedición 15/12/2021, 14:27
Vencimiento 15/12/2021

Señores	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		
NIT	891.180.117-7	Teléfono	(038) 8370170
Dirección	CR 2E 11-17 BARRIO EL JARDIN	Ciudad	La Plata - Colombia

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CIRUJANO GENERAL DEL 1 AL 10 DE DICIEMBRE 2021	1.00	15,240,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Quince millones doscientos cuarenta mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Consignación \$ 15,240,000.00

Observaciones:

Total Bruto	15,240,000.00
Total a Pagar	15,240,000.00

Empleados por software Sigo Nuco y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Sigo. Sigo S.A.S NIT: 830.048.1458

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764015428880 aprobado en 20210724 prefiijo CAC desde el número 7 al 500 Vigencia: 6 Meses

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin intermediación Tarifa
CUFE: 282a28a0e80dffa430782d2c6dbf4494070a599f3eda2e742f681c07a3513e971180e70c1943a004a4aa7e54e221692d

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 10549466
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CARLOS ALBERTO CASTRO MEDINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA DEPARTAMENTO: HUILA
DIRECCIÓN:	CL 49 6 29 AP 101 BL C COND TELÉFONO: 8651716
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA: 003 - HUN LA PLATA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NÚMERO PLANILLA:	7818479575 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021 PERIODO COTIZACIÓN: 2021 SALUD:
DÍAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/11/26 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1218379055

LIQUIDACIÓN GENERAL			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 1.036.400
SUBTOTAL:			1	\$ 1.036.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	\$ 762.000
SUBTOTAL:			1	\$ 762.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 148.500
SUBTOTAL:			1	\$ 148.500
TOTAL PAGADO:				\$ 1.946.900

RECIBIDO
 FECHA: 16-12/2021
 HORA: 5:00 P.M.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

16/12/2021

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **CARLOS ALBERTO CASTRO MEDINA** con Cédula de Ciudadanía número **10549466**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550076000372623

• Fecha de apertura

26/12/2005

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA