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:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANTONIO JOAQUIN ROJANO DE AVILA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	17809329						
CORREO ELECTRONICO:	antoniorojanod@hotmail.com				CELULAR:	3167164517-3179793						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS TINTAL							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Hospitalización pediatria				TINTAL	KE11						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11I05	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	005570402031								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2038-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6			
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP	36165	FECHA	30/06/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA -PEDIATRA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2021		31	7	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$19.115.928									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							

OBSERVACIONES : PROFESIONAL ATIENDE A PACIENTE COVID -19, QUEDA SALVO DEL DESCUENTO, YA QUE ES UNA EXECION DE LA NORMA - 234 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$92.148.576
VALOR EJECUTADO	$76.463.712
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$19.115.928
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$15.684.864
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 $2,271,315 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
51767526	$6.470.006,40	$808.751	$1.035.201	3	$157.609	**$2.001.561**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de JULIO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Antonio Rojano A.
ANTONIO JOAQUIN ROJANO DE AVILA
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
	Fecha de aprobación	03/04/2017
	Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	URGENCIAS TINTAL						Sede: KE11			
No. DE CONTRATO:	2038-2021	Período certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	7	2.021		31	7	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANTONIO JOAQUIN ROJANO DE AVILA		C. C.	17.809.329			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios y conocimientos como especialista en PEDIATRÍA realizando los turnos hospitalarios, interconsultas y demás servicios reqeridos y/o según programación en la SUBRED INTERGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD KENNEDY - TINTAL, de acuerdo a las necesidades de la institución.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Prestar el servicio de médico especialista en el servicio de Pediatría en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	SI	Se prestó el servicio como especialista en pediatria en los servicios requeridos en al institución	Resolucion de problemas y patologias en los niños atendidos. Respuesta a interconsulta
2. Realizar la consulta de pediatría de acuerdo a la programación de agendas.	NO	No se presta atención en consulta externa	No aplica
3, Responder las interconsultas de Pediatría del servicio de urgencias cuando el paciente ha sido valorado previamente por el médico de urgencias, de acuerdo a los tiempos estipulados por la institución.	SI	Se respondieron las interconsultas en el momento oportuno	Evolución adecuada en los pacientes interconsultados, remision en los casos de requerimiento de manejo en tercer nivel
4. Registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..	SI	Se registró la informacion completa en la historia clinica de cada paciente	Historias con toda la informacion de los paciente con evolucion diaria y notas medica reelevantes
5. Diligenciar y llenar completamente los diferentes formularios y registros estadísticos de acuerdo a lo establecido en la Institución y la normatividad vigente.	SI	Se diligenció fichas de notificación obligatoria en el momento pertinente	Se hizo entrega de fichas diligenciadas cuando fueron requeridas
6. Recibir las referencias de pacientes e informar causales de rechazo de pacientes remitidos a la Institución y realizar las contra referencias que requieran los usuarios.	SI	Se realizó referencia de pacientes cuando era pertinente. Se reciben remisiones de acuerdo a la patologia del paciente	Remisiones claras y neceserias por la complejidad en las patologias de los pacientes. Rechazo de remisiones en caso de no contar con los servicios requeridos.
7. Digitar los Registros Individuales de Servicios- RIPS y demás formatos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. que le sean indicados por el Supervisor del Contrato.	NO	No realizado	No aplica
8. Deberá estar afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente contrato	SI	Afiliación a Compensar y Old Mutual	Se realiza pago mensual
9. Observar las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. por las autoridades respectivas.	SI	Se observaron la medidas preventivas de higine y seguridad preescritas	Se realizaron las recomendaciones preescritas
10. Controlar los pacientes bajo su cuidado y pasar revista a los pacientes complicados que se encuentren bajo su cuidado.	SI	Se está al cuidado de los pacientes bajo el cuidado, se pasa revista en cada el turno	Cambios de conductas cuando es pertinente, entregas de turno
11. Presentación de cuenta de cobro, acompañada del pago de seguridad social correspondiente al mes del servicio cobrado.	SI	Se realizó pago de seguridad social con la cuenta de cobro respectiva para el mes	Recibido de la documentacion entregada mes a mes
12. Asistencia obligatoria a reuniones de seguimiento del contrato y presentación de plan de mejoramiento en caso de ser requeridos	SI	Asistencia a reuniones programadas	Asistencia si se requiere
13. Ejecutar la labor contratada con responsabilidad y ética profesional.	SI	Se ha ejecutado las labores con responsabilidad y ética profesional	Adecuados resultados clínicos en los pacientes y adecuada relacion con el equipo de trabajo
14. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	SI	Se han alimentado los sistemas de informacion a mi cargo	Adecuada respuesta por el equipo de trabajo
15 Colaborar con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. En el desarrollo de los Convenios Docencia - Servicio, que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de la especialidad.	SI	Se colabora con los convenios docencia servicio, enseñando y retroalimentando a los estudiantes a cargo, sin delegar responsabilidades que son netamente del especialista.	Aprendizaje de los estudiantes de las patologias mas prevelaentes en pediatria
16. Realizar las evaluaciones trimestrales programadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	NO	No realizacion de evaluaciones	No aplica
17. Se debe anexar mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: Interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones - notas, según el área donde presten el servicio.	SI	Se entrega cuenta de cobro anexando informa de actividades realizadas	Se anexó cuenta de cobro con la información requerida
18. En caso de imposibilidad para asistir al turno programado deberá informar oportunamente al Supervisor del Contrato y garantizar su remplazo.	SI	Se informa con anticipación incapacidades y calamidades por las cuales no se asiste a un turno, y se realiza cambios de turno con antelación	Se evita turnos sin médico encargado del servicio

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $19.115.928 (Diecinueve millones ciento quince mil novecientos veintiocho pesos M/CTE

Antonio Rojano A.

ANTONIO JOAQUIN ROJANO DE AVILA CC 17809329

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Aura Alejandra Murcia P

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ

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	17809329	ANTONIO JOAQUIN ROJANO DE AVILA		Cra 42 # 81 b -151	3739397	antoniorojanod@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	
2021-06	2021-06	I	08/07/2021	51767526	$2.066.600	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	808.800	0		0		0	0	0	0	808.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.035.300	0	0	32.400	32.400	0	0		1.100.100	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	157.700				157.700	0	0	157.700			1.577	157.700	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	808.800	808.800
Pensión	1	1.100.100	1.100.100
Riesgos Laborales	1	157.700	157.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.066.600	2.066.600

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

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	17809329	ANTONIO JOAQUIN ROJANO DE AVILA		Cra 42 # 81 b -151	3739397	antoniorojanod@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-06	2021-06	I	08/07/2021	51767526	$2.066.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estrategia	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	17809329	ROJANO DE AVILA ANTONIO JOAQUIN	59	0			N								X									25-14	6,470,006	1,035,300	0	0	32,400	32,400	EPS002	6,470,006	808,800	14-25	6,470,006	3	167,700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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