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	15/02/2016	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	316.713							
CORREO ELECTRONICO:	nhomerocastro@gmail.com				CELULAR:	3143817819							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Fontibon												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Ginecologia				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	F003I03	30	F003C10	30	F003D05	40							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0.78300175								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2131-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	7					
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP	36246	FECHA	30/06/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICOGINECOLOGO ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÒN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2021		31	8	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$81.692									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%								

OBSERVACIONES: Solicito aplicar para efectos de retencion en la fuente según articulo 383 del ET,ABRIL (83 de Fontibón + 48 de Bosa+ 27 Patios) 158 total MAYO (108 FONTIBON+ 48 BOSA+18PATIOS+ 25 PENDIENTES DE ABRIL) TOTAL 199 HORAS JUNIO 132 HORAS JULIO 144 HORAS AGOSTO 138 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$85.531.524
VALOR EJECUTADO	$85.531.524
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11.273.496
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
9422959142	$4.705.459	$588.182	$752.873	3	$114.625	**$1.455.681**

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

DR RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Norman Castro
NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAMI II		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	2131-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2.021		31	8	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO		C.C.	316.713		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales Especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Hspitalizacion y Urgencias como Ginecologa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.** de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	100%	Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	100%	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	100%	Llevo el registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Participar en la programación de actividades del área.	100%	Participo en la programación de actividades del área.	CUANDO LO REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	100%	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	ORDENES MEDICAS
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	100%	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	CUANDO SE REQUIERA
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	100%	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	CUANDO SE REQUIERA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	100%	Emito conceptos médicos que se le requieran.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	100%	Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y	100%	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	100%	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	100%	Participo en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	CUANDO SE REQUIERA
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

OBSERVACIONES: NOVIEMBRE 138 HORAS DICIEMBRE 114 HORAS ENERO 156 HORAS FEBRERO 108 HORAS AJUSTE 108 HORAS MARZO 168 HORAS abril 158 horas + MAYO 199 HORAS JUNIO 132 HORAS JULIO 144 HORAS AGOSTO 138 HORAS

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $11273496 once millones doscientos setenta y tres mil cuatrocientos noventa y seis pesos m-cte

Norman Castro

C.C.

Fecha : - 2020

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 316713		CASTRO CASTILLO NORMAN HOMERO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 131B 54-21 BOGOTA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8123867	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	1088013590	9422959142	I	2021/08/04	2021/08/09	BANCO DAVIVIENDA	5	$3,513,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$11,000,000	$1,870,000			$11,000,000	$1,375,000			$0	$0			$11,000,000	$268,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$11,000,000	$1,870,000			$11,000,000	$1,375,000			$0	$0			$11,000,000	$268,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$11,000,000	$1,870,000			$11,000,000	$1,375,000			$0	$0			$11,000,000	$268,000		$0	$0
1	CC 316713	CASTRO NORMAN	25-14	30	$11,000,000	$1,870,000	EPS017	30	$11,000,000	$1,375,000		0	$0	$0	14-11	30	$11,000,000	$268,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$11,000,000	$1,870,000			$11,000,000	$1,375,000			$0	$0			$11,000,000	$268,000		$0	$0

2021/08/08 02:12 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 316713		CASTRO CASTILLO NORMAN HOMERO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 131B 54-21 BOGOTA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8123867	No

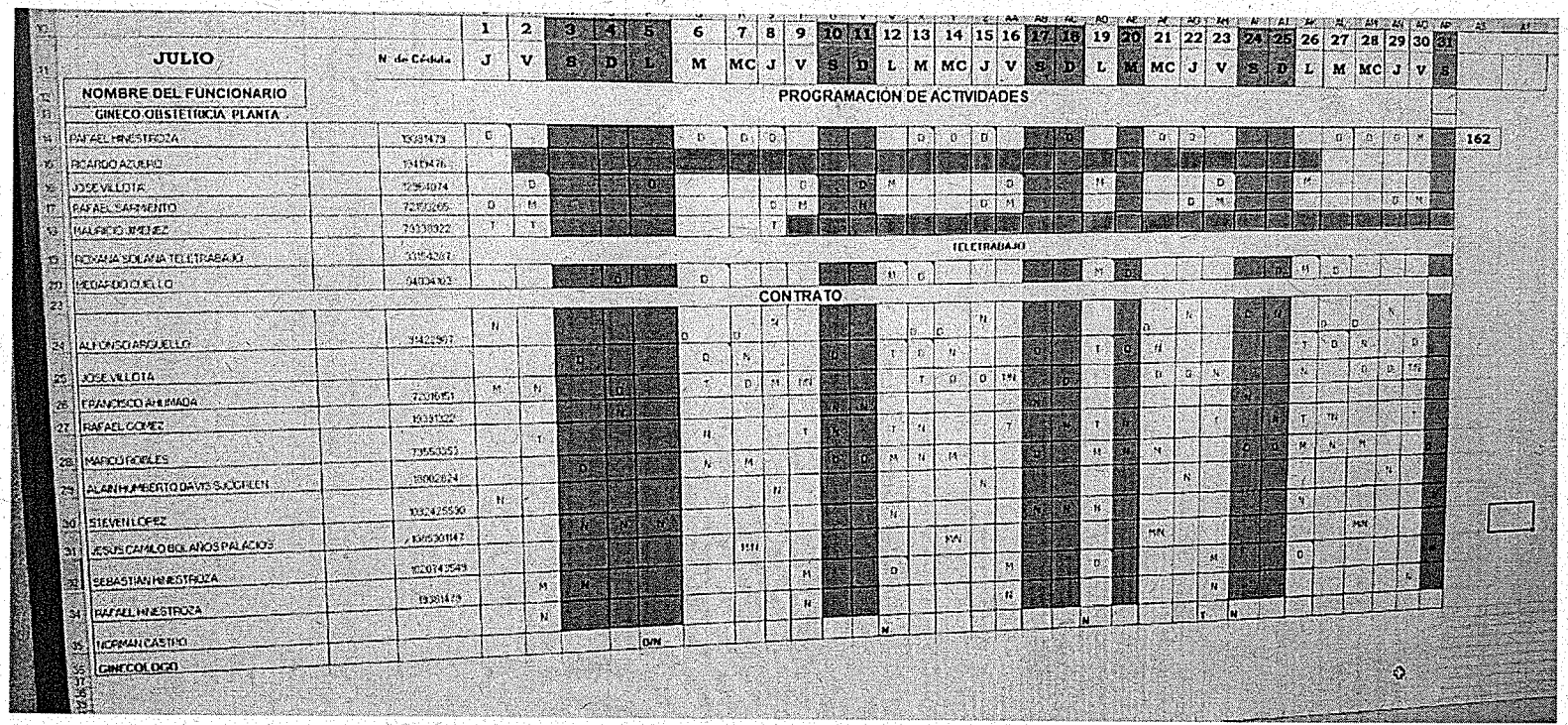
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	1088013590	9422959142	I	2021/08/04	2021/08/09	BANCO DAVIVIENDA	5	$3,513,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,870,000	$0	$0	$1,870,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,870,000	$0	$0	$1,870,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,000	$0	$0	$268,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$268,000	$0	$0	$268,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,375,000	$0	$0	$1,375,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$1,375,000	$0	$0	$1,375,000
TOTAL				1	$3,513,000	$0	$0	$3,513,000

2021/08/08 02:12 PM



JULIO	N de Cédula	1 J	2 V	3 S	4 D	5 L	6 M	7 MC	8 J	9 V	10 S	11 D	12 L	13 M	14 MC	15 J	16 V	17 S	18 D	19 L	20 M	21 MC	22 J	23 V	24 S	25 D	26 L	27 M	28 MC	29 J	30 V	31 S
NOMBRE DEL FUNCIONARIO		PROGRAMACION DE ACTIVIDADES																														
GINECO OBSTETRICIA PLANTA																																
RAFAEL HINESTROZA	19381479	D					D	D	D				D	D	D			D			D	D					D	D	D	M		162
RICARDO AZUERO	19419476																															
JOSE VILLOTA	72954074		D			D				D		D	M				D			M			D			M					
RAFAEL SARMIENTO	72932065	D	M						D	M		M				D	M					D	M					D	M		
MAURICIO PEREZ	79938922	T	T						T																							
ROXANA SOLANA TELETRABAJO	39542267	TELETRABAJO																														
RICARDO CUELLO	94034703				D		D						M	D						M	D				D	M	D					
CONTRATO																																
ALFONSO ARGUELLO	79423967	N					D	D	N				D	C	N			D			D	N			D	D			D	N		
JOSE VILLOTA				D			D	N			D		T	D	N			D		T	D	H				T	D	N		D	
FRANCISCO AHUMADA	72216951	M	N		D		T	D	H	HH				T	D	D	HH		D					D	D	N			N		D	HH
RAFAEL GOMEZ	19331525				H						H							H			H			H			H			T		
MARCO ROBLES	79553053		T				H			T	H		T	N		T		H		T	H			T	H	T	TN			T		
ALAN HUMBERTO DAVIS SJOGREN	19062824				D		N	M			H	D	H	N	H			D		H	H	N			D	M	N	M			H	
STEVEN LOPEZ	1032425530	N							N							N						N							N		
JESUS CAMILO BOLAÑOS PALACIOS	1085301147				N	N	N				H		N					N	N	N												
SEBASTIAN HINESTROZA	1020812549							HH							HA							MN							MN		
RAFAEL HINESTROZA	19381479		M		M					M			D				M			D				M		D					
NORMAN CASTRO			N							H							N							N						G	
GINECOLOGO						D/N							N						N					T	N							

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO

C.C 316713 DE BOGOTA

La suma de $11273496, por concepto de: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS COMO GINECOLOGO DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL, durante el periodo del 01 al 31 de AGOSTO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2131-2021

Norman Castro

NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO

C.C 316713 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA

NUMERO 078300175