| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05<br>VERSIÓN: 5<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 16/02/2018 |
|---|---|---|

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO | | 193225 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1074131777 |
| CORREO | OOCR_70@HOTMAIL.COM | CELULAR | 3208395544 |
| PROCESO: | Hospitalización | | |
| SERVICIO: | Hospitalización | UNIDAD: | Chapinero |

| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | A00 | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | 12 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 4800385777 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3112-2022 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 169 | FECHA | 20/01/2022 | NÚMERO DE CRP: 1 | 12883 | FECHA | 01/02/2022 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | MEDICO GENERAL | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 01 | 04 | 2022 | | 30 | 04 | 2022 |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | 0 | | |
| VALOR MES | 6,312,096 | VALOR LETRAS | | | | | | |

OBSERVACIONES; (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

## CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 18,936,288 |
| VALOR EJECUTADO: | 8,959,104 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,850,624 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 84 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 9,977,184 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 47.31 % |

## 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.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 58234413 | 168,100 | 215,100 | 3 | 32,800 | 8,100 | 424,100 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

UMHES SIMON BOLIVAR

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Abril 2022

HERNANDEZ GARCIA JUAN SEBASTIAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | CÓDIGO AP-CA-F-50-02<br>VERSIÓN 2<br>PÁGINA 1 DE 1<br>FECHA 30/10/2018 |
|---|---|---|

| ÁREA Y/O SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN | | | | UNIDAD | UMHES SIMÓN BOLIVAR | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: 3112- 2022 | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| DOCUMENTO: 1074131777 | Periodo certificado | 01 | 04 | 2022 | 30 | 04 | 2022 |

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO

**OBJETO DEL CONTRATO Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO GENERAL dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución**

El resultado del cumplimiento del contrato es Productos SI ____ NO __X__ Servicios SI __X__ NO _____

| ACTIVIDADES CONTRATADAS | % EJECUTADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1) Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | 100% | 1) Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | Realizar adherencia a los procesos, procedimientos, instructivos, guías y políticas institucionales de la Subred Norte ESE |
| 2)Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo | 100% | 2)Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | Participó en el desarrollo de las estrategias para SUH, SUA |
| 3.Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados. | 100% | Realizar la valoración médica de los pacientes, ronda médica y evoluciones, órdenes médicas, incapacidades, ayudantía en procedimientos quirúrgicos. | Evoluciones realizadas: Respuesta interconsultas: Firmas pendientes Ayudantias Quirguicas realizadas: |
| 4. Realizar oportuna entrega y recibo de turno de acuerdo a las políticas institucionales. | 100% | Diligenciar diariamente el registro de entrega y recibo de turno: Realizar adherencia al Instructivo de entrega de turno. | No. de entregas de turno realizadas y registradas en el Drive |
| 5. Realizar los ingresos, egresos y reporte de base de RIAS de los servicios hospitalarios y quirúrgicos. | 100% | Realiza los ingresos, egresos y registros en la base de RIAS. | Ingresos realizados Egresos Realizados Pacientes Canalizados RIAS |
| 6. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. Realizar las respectivas ordenes medicas POS y NO POS. | 100% | Se registra la prescripción en la plataforma MIPRES de medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos No POS, cuando la patología del paciente así lo requiere oportunamente. | Se realizó prescripción de medicamentos, dispositivos y procedimientos NO POS: |
| 7. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública. | 100% | Realizar reporte y seguimiento a indicios de atención insegura, IACS, Complicaciones; y demás actividades propias de la especialidad. | Sucesos de seguridad reportados Infecciones asociadas al cuidado de la salud. |
| 8. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación | | Realiza los cursos y capacitaciones que promociona la Subred Norte ESE. | Cursos realizados y aprobados: |
| 9. Reporte obligatorio de eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo a la Resolución No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud. | 100% | Reporte de eventos de importancia de salud pública. | Eventos de importancia en Salud Pública reportados y / o RUAF diligenciados de forma oportuna: |
| 10. En caso de presentarse alguna eventualidad que le impida cumplir con la agenda previamente programada (turnos hospitalarios), el profesional deberá informar la eventualidad con la debida antelación posible al referente o al director del proceso. | 100% | Notificación oportuna de novedades. | Novedades presentadas: |
| TOTAL DE EJECUCIÓN | 100% | | |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: M/CTE ($2850624) DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS

CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO
CC 1074131777

Fecha 30 / 04 / 2022

Firma de recibido supervisor DR JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ GARCIA

**Nota Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación 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 | 1074131777 | OMAR ORLANDO CASTRO ROJAS | Calle 56 # 30 - 30 Apto 101 | 4737949 | oocr_76@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | 1 - 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 | |
| 2022-03 | 2022-03 | 1 | 18/04/2022 | 582344 13 | $424,100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 168,100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 168,100 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 215,100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 215,100 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 32,800 | | | | 32,800 | 0 | 0 | 32,800 | | | 328 | 32,800 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 8,100 | 0 | 0 | 8,100 | 1 |

**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 | 168,100 | 168,100 |
| Pensión | 1 | 215,100 | 215,100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 32,800 | 32,800 |
| CCF | 1 | 8,100 | 8,100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 424,100 | 424,100 |

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

Periodo: Abril 2022

Mediante el presente documento en mi calidad de supervisor (a) certifico que los contratistas registrados en este informe cumplieron con las obligaciones pactadas en el contrato de acuerdo a lo registrado en los formatos "AP-CT-F-16-05 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y "AP-CT-F-50-02 INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y se ha verificado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, motivo por el cual es procedente el pago de los honorarios durante el presente periodo, según se relaciona a continuación:

| Nro. Contrato | Tipo Documen | Documento | Contratista | Cargo | Centro Costos | Dias | Hora1 | Hora2 | Event o1 | Event o2 | Valor Certificado | Saldo | Factura | Orden Pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | DE RECIEN | | | | | | | | | | |
| 3105-2022 | Cedula | 52152964 | ESCORCIA CALDERON ADRIANA MARIA | MEDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRIA | A00 | | 88 | 0 | | | 6,996,000 | 1,113,000 | | SI |
| 3106-2022 | Cedula | 4981194 | BAÑOS LINERO JOSE RAFAEL | MEDICO SUBESPECIALISTA - NEFROLOGIA | A00 | | 75 | 0 | | | 6,629,625 | 0 | | SI |
| 3107-2022 | Cedula | 51904483 | NARANJO PINEDA AMANDA LUCIA | MEDICO | A00 | | 186 | 0 | | | 6,835,500 | 2,425,500 | | SI |
| 3108-2022 | Cedula | 1014287098 | CASTIBLANCO SEPULVEDA ELIZABETH | MEDICO | A00 | | 186 | 0 | | | 6,835,500 | 0 | | SI |
| 3109-2022 | Cedula | 1075290191 | NEUTA GIL LAURA | MEDICO GENERAL - | A00 | | 195 | 0 | | | 7,166,250 | 8,930,250 | | SI |
| 3110-2022 | Cedula | 79216448 | RAMIREZ ROA JOHAN GABRIEL | MEDICO ESPECIALISTA - CIRUJANO | A00 | | 54 | 0 | | | 4,293,000 | 9,540,000 | | SI |
| 3111-2022 | Cedula | 52839132 | LENIS BUITRAGO DIANA MILENA | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | A00 | | 186 | 0 | | | 6,543,108 | 0 | | SI |
| 3112-2022 | Cedula | 1074131777 | CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO | MEDICO | A00 | | 84 | 0 | | | 2,850,624 | 9,977,184 | | SI |
| 3113-2022 | Cedula | 19196978 | CUESTA MORERA MANUEL JOSE | MEDICO | A00 | | 156 | 0 | | | 5,294,016 | 4,683,168 | | SI |
| 3114-2022 | Cedula | 1065815704 | MOLINA BUELVAS CHRISTIAN JOSE | MEDICO | A00 | | 180 | 0 | | | 6,108,480 | 0 | | SI |
| 3115-2022 | Cedula | 1015454512 | RODRIGUEZ PARRA JUAN DAVID | MEDICO | A00 | | 186 | 0 | | | 6,312,096 | 0 | | SI |
| 3116-2022 | Cedula | 1022395659 | CAMACHO CORREA SANTIAGO ALONSO | MEDICO | A00 | | 201 | 0 | | | 6,821,136 | 101,808 | | SI |
| 3117-2022 | Cedula | 1001284527 | JUVINAO MOLINA OSCAR RAFAEL | MEDICO | A00 | | 270 | 0 | | | 9,162,720 | 203,616 | | SI |
| 3118-2022 | Cedula | 23030123 | PEÑARANDA AGUIRRE LEONOR ISABEL | MEDICO | A00 | | 244 | 0 | | | 8,280,384 | 271,488 | | SI |

HERNANDEZ GARCIA JUAN
80843578
Supervisor
27/04/2022 17.03.23