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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO		274361
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1074131777
CORREO	OOCR_70@HOTMAIL.COM	CELULAR	3208395544
PROCESO:	Medicina Interna		
SERVICIO:	Medicina Interna	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:	2755-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	142	FECHA	11/01/2023	NÚMERO DE CRP: 1	15281	FECHA	03/02/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1495	FECHA	14/06/2023	NÚMERO DE CRP: 2	26969	FECHA	14/06/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1565	FECHA	27/06/2023	NÚMERO DE CRP: 3	31300	FECHA	27/06/2023

OBJETO: PROFESIONAL MEDICO - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	07	2023		31	07	2023

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	3,624,000	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	20,401,824
VALOR EJECUTADO:	19,948,824
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,171,000
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	96
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	84
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	453,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	97.78 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

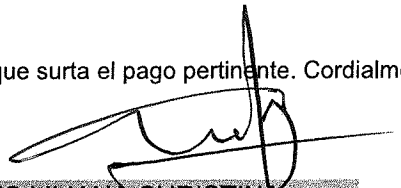
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
69307247	181,200	232,000	3	35,400	8,700	457,300
	0	0		0	0	

USS Simon Bolivar

El supervisor del contrató 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,



VARGAS WENDEUS LILIANA CHRISTINA
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-60-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/06/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:				**UNIDAD:**	HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR				
No. DE CONTRATO:	2755-2023	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LILIANA CHRISTINA VARGAS WENDEUS		1	7	2.023	31	7	2.023
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO	**DOCUMENTO:**	1074131777					
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como PROFESIONAL MEDICO - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS 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.								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):	88% %								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
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.	CONTRIBUÍ CON EL MANTENIMIENTO Y MEJORA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD COMO ESTIPULADO 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.	DESARROLLÉ ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA LA MEJORA DE LOS EJES DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN 100%
3.Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados.	CUMPLÍ CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCIÓN 100%
4. Realizar oportuna entrega y recibo de turno de acuerdo a las políticas institucionales.	REALICÉ OPORTUNAMENTE ENTREGA Y RECIBO DE TURNO 100%
6. Realizar los ingresos, egresos y reporte de base de RIAS de los servicios hospitalarios y quirúrgicos.	REALICÉ INGRESOS, EGRESOS Y REPORTE DE BASE DE RIAS 100%
6. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1996 de 1999. Realizar las respectivas ordenes medicas POS y NO POS.	DILGENCIÉ COMPLETA Y LEGIBLEMENTE , OPROTUNAMENTE LA HISTORIA CLÍNICA Y LOS REGISTROS INSTITUCIONALES 100%
7. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	REALICÉ LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE SUCESOS DE SEGUIDAD , INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA 100%
8. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	CUMPLÍ CON LAS CAPACITACIONES VIRTUALES O PRESENCIALES DE LA SUBRED NORTE ESE 100%
9. Reporte obligatorio de eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo a la Resolución No. 3618/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud	REPORTÉ LOS EVENTOS DE IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 3618/2006 100%
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.	NO HUBO EVENTUALIDADES

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 3171000 TRES MILLONES CIENTO SETENTA Y UN MIL PESOS

CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO 1074131777	Fecha : 31/07/2023 Firma de recibido supervisor:

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

2235

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	4787949	oocr_70@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-06	2023-06	I	12/07/2023	69307247	$457.300	

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	181.200	0		0		0	0	0	0	181.200	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	232.000	0	0	0	0	0	0		232.000	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	35.400				35.400	0	0	35.400			354	35.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	8.700	0	0	8.700	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	181.200	181.200
Pensión	1	232.000	232.000
Riesgos Laborales	1	35.400	35.400
CCF	1	8.700	8.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	457.300	457.300

PAGADA

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	1074131777	OMAR ORLANDO CASTRO ROJAS	Calle 56 # 30 - 30 Apto 101	4787949	oocr_70@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-06	2023-06	I	12/07/2023	69307247	$457.300

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	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	1074131777	CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO	59	0			N	X						X										25-14	1.449.600	232.000	0	0	0	0	EPS005	1.449.600	181.200	14-7	1.449.600	3	35.400	CCF22	1.449.600	8.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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