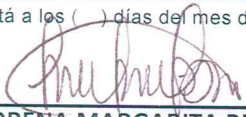
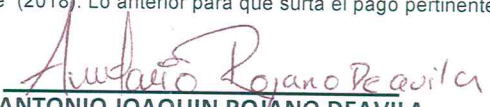
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Subred Sur Occidente E.S.E.		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			ANTONIO JOAQUIN ROJANO DEAVILA							
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		17.809.329		
CORREO ELECTRONICO:			antoniorojanod@hotmail.com				CELULAR:		3167164517	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:			TINTAL KE 11							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URGENCIAS - PEDIATRA				SEDE:		KE11	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		KE11B05	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:			2034-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3		
NÚMERO DE CDP		165	17-ene-19		NÚMERO DE CRP		13628	FECHA	31-ene-19	
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PEDIATRA dentro de los diferentes proc							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
				1	3	2019		31	3	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$15.055.722							
TIPO DE SERVICIOS			Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%					
OBSERVACIONES: 198 HORAS										
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO										
CONCEPTO						VALORES				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$38.323.656				
VALOR EJECUTADO						\$24.180.402				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$15.055.722				
VALOR A LIBERAR						\$0				
SALDO POR EJECUTAR						\$14.143.254				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						63%				
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:										
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.070.290 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				
33437410	\$3.649.872,00	\$456.300	\$620.600	3	\$89.000	\$1.165.900				
Dado en Bogotá a los () días del mes de MARZO del año Dos Mil Diez y Siete (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,										
 LORENA MARGARITA BERRIO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:					 ANTONIO JOAQUIN ROJANO DEAVILA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA					

Ubicación del Servicio:	UNIDADES DE KENNEDY Y TINTAL		Sede: KE11						
No. DE CONTRATO:	2034-2019	Período certificado desde el	Día 1	Mes 3	Año 2.019	a	Día 31	Mes 3	Año 2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOAQUIN ROJANO DE AVILA		C. C.	17.809.329		DE	BARRANQUILLA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios y conocimientos como especialista en PEDIATRÍA realizando los turnos hospitalarios, interconsultas y demás servicios requeridos y/o según programación en la SUBRED INTEGRADA 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 pediatría en los servicios requeridos en la institución	Resolución de problemas y patologías 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, remisión 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 información completa en la historia clínica de cada paciente	Historias con toda la información de los paciente con evolución 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 patología del paciente	Remisiones claras y necesarias por la complejidad en las patologías 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 las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas	Se realizaron las recomendaciones prescritas
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 documentación 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 relación 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 información 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 patologías mas prevaentes en pediatría
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 realización 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 informe 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): \$ 15.055.722 (QUINCE MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTIDOS PESOS MTE)

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANTONIO JOAQUIN ROJANO DE AVILA CC. 17.809.329.

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: LORENA MARGARITA BERRIO

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLADOS	UPC
PERIODO BALDÚ	PERIODO PERIENEBE			1	0
2019-02	2019-02	I	06/03/2019	TOTAL A PAGAR	
			33437410	\$1.165.900	

[illegible]

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	17809329	ANTONIO JOAQUIN ROJANO DE AVILA	Kr 42.3 85- b-151	3739397	antoniorojano@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
	2019-02	1	06/03/2019	33437410	1
TOTAL A PAGAR					\$1.165.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	456.300	0		0		0	

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsistencia	Aporte FSP - Solidaridad	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
25-14	Colpensiones	900336004-7	584.000	0	0	18.300	18.300	0	0

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	Fondo Solidaridad
				No. Autorización	Valor				
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	89.000			89.000	0	89.000	890

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre			NIT		Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	456.300	456.300	456.300
Pensión	1	620.600	620.600	620.600
Riesgos Laborales	1	89.000	89.000	89.000
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	1.165.900	1.165.900	1.165.900