| 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 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 | % | 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 | | 7 DE 7 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 11017 | FECHA | 25-jul-19 | NÚMERO DE CRP | 34108 | FECHA | 31-jul-19 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PEDIATRA dentro de los diferentes proce | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 8 | 2019 | | 31 | 8 | 2019 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $13.687.020 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: 180 HORAS LABORADAS

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $97.177.842 |
| VALOR EJECUTADO | $97.177.842 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $13.687.020 |
| 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 $**2.070.290**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 36546463 | $6.022.289,00 | $752.800 | $963.566 | 3 | $146.800 | $1.863.055 |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de AGOSTO del año DOS MIL DIECINUEVE(2019). 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**

| 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 | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | UNIDADES DE KENNEDY Y TINTAL | | | | | | | | | Sede: KE11 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 2034-2019 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | | |
| | | | 1 | 8 | 2.019 | | 30 | 8 | 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 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 | Apoya a el equipo medico en la resolucion eficaz de diagnostico para el manejop del paciente |
| 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 | Evoluciona los pacientes en las interconsultas, dando manejo en el tiempo adecuado para la generacion de tratamiento medico |
| 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 | Genera reportes preventivos para el manejo del paciente de acuerdo al manejo |
| 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 | cumple con el diligenciamento de formatos establecidos por la institucion para el manejo del paciente |
| 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 | Recibe pacientes remitidos dentro de la institucion aclarando diagnostico, y genera reportes que permitan el traslado efectivo o rechazo de ingredo dentro de la institucion |
| 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 | Presenta reportes mensuales que corroboran la afiliacion al sistema de salud, y demas normas requeridas |
| 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 | Practica oportunamente las normas de bioseguridad, que permiten la prevencion de focos de infeccion dentro de la prestacion de la labor |
| 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 | realiza rondas medicas junto con su equipo de trabajo. |
| 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 | Cumple con el tiempo establecido, para la entrega de cuenta de cobro y soportes |
| 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 | Asiste oportunamente a las reuniones generadas dentro de la institución |
| 13. Ejecutar la labor contratada con responsabilidad y ética profesional. | SI | Se ha ejecutado las labores con responsabilidad y ética profesional | Cumple con horarios establecidos, con cabalidad, y responsabilidad. |
| 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 | Diligencia formatos que permiten la continuacion de tratamiento medico del |
| 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 | Anexa a la cuenta de cobro la relacion de las actividades realizadas mes a mes dentro de su horario de trabajo |
| 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 | Informa oportunamente a la institución en caso de inasistencia, para garantizar el servicio. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras):** $13.687020 **(TRECE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL VEINTE PESOS MTE)**

Antonio Rojano.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANTONIO JOAQUIN ROJANO DEAVILA 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.

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 | | kr 42 3 69- b -151 | 373939? | 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 | |
| 2019-07 | 2019-07 | I | 05/08/2019 | 36546463 | $1.923.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Multiple | Extranjero | Colom. exterior | Pensionado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | COTIZACIÓN | 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 |
| 1 | CC | 17809329 | ROJANO DE AVILA ANTONIO JOAQUIN | 59 | 0 | | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 6.022.288 | 963.600 | 0 | 0 | 30.200 | 30.200 | EPS002 | 6.022.288 | 752.800 | 14-25 | 6.022.288 | 3 | 146.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 | 17609329 | ANTONIO JOAQUIN ROJANO DE AVILA | | kr 42 3 69- 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 |
| 2019-07 | 2019-07 | I | 05/08/2019 | 36546463 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $1.923.600 | |

## 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 | 752.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 752.800 | 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 | 963.600 | 0 | 0 | 30.200 | 30.200 | 0 | 0 | | 1.024.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 146.800 | | | | 146.800 | 0 | 0 | 146.800 | | | 1.468 | 146.800 | 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 | 752.800 | 752.800 |
| Pensión | 1 | 1.024.000 | 1.024.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 146.800 | 146.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 1.923.600 | 1.923.600 |

OK

PLANILLA
36546463
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información