

 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	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Sur Occidente E.S.E.
		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:								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				1 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	2	2019			28	2	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$9.124.680									
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES: 120 HORAS LABORALES

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$38.323.656
VALOR EJECUTADO	\$9.124.680
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$9.124.680
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$29.198.976
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	24%

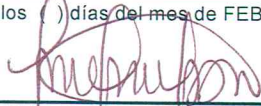
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
33067560	\$3.884.284,00	\$410.700	\$525.600	3	\$80.100	\$1.016.400

Dado en Bogotá a los 15 días del mes de FEBRERO 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

Ubicación del Servicio:	UNIDADES DE KENNEDY Y TINTAL				Sede:	KE11			
No. DE CONTRATO:	2034-2019				Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	
						1	2	2019	a
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 relevantes
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 prevalentes 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): \$ 9.124.680 (NUEVE MILLONES CIENTO VENTICUATROMIL SEISCIENTOS OCHENTA 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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	17805329	ANTONIO JOAQUÍN ROJANO DE ÁVILA		kr 42 3 89- b-151	3739397	antonio.rojano@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
			2018/02/18	
				4450903
				EMPLEADOS
				UPC
				0
				1
				TOTAL A PAGAR
			18/02/2019	33067560
				\$1 024.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS002	Salud Total EPS	800139097-4	410.700

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	10	3.100	0	413.800	1

TOTALS PENSIÓN

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
25-14	Colpensiones	900-336004-7	525 600

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
0	0	0	0	10	4 000	0	529 600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	80,100

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
		80 100	10	700	80 800			801	80 800	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
0	0	0	0	0	0
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
0	0	0	0	0	0
MEN					

TOTAL ES DOB SI IPSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reprimidas	Válor antes de IGE, LMA, IRR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	410 700	413 800
Pensión	1	525 600	529 600
Riesgos Laborales	1	80 100	80 800
COF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1 016 400	1 024 200