

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:

CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO

354266

TIPO DE DOCUMENTO:

Cedula

No.

1074131777

CORREO

OOCR_70@HOTMAIL.COM

CELULAR

3208395544

PROCESO:

Urgencias

SERVICIO:

Urgencias

UNIDAD:

Simon Bolivar

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:

6138-2024

N° DE PAGOS DEL CONTRATO

NÚMERO DE CDP: 1

866

FECHA

08/07/2024

NÚMERO DE CRP: 1

37936

FECHA

15/07/2024

NÚMERO DE CDP: 2

1062

FECHA

26/08/2024

NÚMERO DE CRP: 2

46098

FECHA

30/08/2024

NÚMERO DE CDP: 3

1207

FECHA

18/09/2024

NÚMERO DE CRP: 3

50624

FECHA

30/09/2024

NÚMERO DE CDP: 4

1393

FECHA

23/10/2024

NÚMERO DE CRP: 4

56866

FECHA

31/10/2024

OBJETO: MEDICO INTERNISTA

PERIODO CERTIFICADO

DESDE

DIA

01

MES

10

AÑO

2024

HASTA

DIA

31

MES

10

AÑO

2024

TIPO SERVICIOS

Asistencial

RESERVA DE GLOSA 2%

0

VALOR MES

16,069,842

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:	71,536,716
VALOR EJECUTADO:	55,466,874
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	16,588,224
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	192
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	16,069,842
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	77.54 %

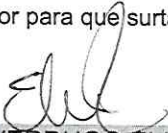
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
80793256	803,500	1,092,900	3	156,600	0	2,053,000
	0	0		0	0	

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,



SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

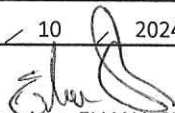


CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO

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.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				CÓDIGO: AP-CT-F-50-03				
					VERSIÓN: 3				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				PÁGINA : 1 DE 1 FECHA: 19/05/2022				
ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS				UNIDAD:			SIMON BOLIVAR		
No. DE CONTRATO: 6138-2024		PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO				1	10	2024	31	10	2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Omar orlando castro rojas		DOCUMENTO : 1074131777							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.									
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): _100%_____									
OBLIGACIONES ESPECIFICAS				ACTIVIDADES REALIZADAS					
. Realizar en forma oportuna las evoluciones de los pacientes ajustándose a la política de cero tolerancias de pacientes en camillas, y la frecuencia de las mismas será de acuerdo a los requerimientos clínicos del paciente.				Evolucion diaria de los pacientes asignados al servicio de medicina interna					
Realizar en forma oportuna las evoluciones y valoraciones de los pacientes en el servicio de urgencias.				Evoluciones realizadas en el servicio de forma oportuna de acuerdo a las necesidades del servicio y del paciente					
Diligenciar en forma completa las remisiones y contrarreferencia de los pacientes de la especialidad en los servicios de urgencias cuando estén indicados.				Remisiones elaboradas en los formatos establecidos para tal labor de referencia entre sedes y para remision a otras instituciones					
Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la institución en el servicio urgencias.				Seguimiento de protocolos de diferentes procesos de servicio de urgencias, seguimiento de guias medicas, realizacion de procedimientos consignados en la historia clinica					
Participar con el hospital en las jornadas de emergencias y desastres decretadas por las autoridades competentes.				Participacion en joranas de emergencia y atencion de desastres cuando lo estime pertinente el servicio de urgencias					
Registrar las actividades en forma completa y oportuna en el sistema automatizado de historia clínica de acuerdo con las disposiciones legales vigentes a todos y cada uno de los pacientes atendidos, así como la epicrisis al dar de alta al				Registro diario en la evolucion del paciente en la historia clinica electronica dispuesta por la subred norte, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes , realizacion de epicrisis cada vez que el paciente tiene egreso, remision , fallecimiento o alta voluntaria					
Hacer cumplimiento de la resolución 1995 de 1994 frente al manejo de historia clínica.				Registro de la historia clinica en el sistema automatizado de historia clinica cada vez que se realizan actividades medicas en los pacientes					
Aplicar las guías de manejo de su especialidad establecidas y adoptadas por el hospital.				Cumplimiento de las guias establecidas por la subred norte en el diagnostico y tratamiento de los pacientes					
Realizar la revisión y actualización de las guías de práctica clínica del servicio de urgencias con base en la evidencia científica y su socialización.				Asistencia a revision y actualizacion de las guias de practica clinica de modo presencial o virtual cuando se notifica de dichas capacitaciones y actualizaciones					

<p>iligienciar personalmente y durante la valoración de los acientes, el consentimiento informado y su comunicación a os pacientes y/o familiares y/o tutores, sobre los rocedimientos que sean pertinentes y que puedan afectar al aciente física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello o fuere posible (urgencias vitales) y le explicará los riesgos y onsecuencias que se puedan presentar. Esta actividad no</p>	<p>Diligenciamiento por especialista de medicina interna de consentimientos informados de procedimientos con comunicación efectiva con los familiares y el paciente con plena informacion de riesgos, ventajas y desventajas sobre la condicion clinica del paciente</p>
<p>Realizar dentro de su especialidad las obligaciones orrespondientes a medicina legal y preventiva.</p>	<p>Notificacion de muertes violentas, fallecimientos de causa no clara , notificacion de incidentes de abandono y agresion sexual según protocolos de institucion, con la debida informacion al servicio de medicina legal. Aplicación de medidas de prevencion de enfermedades , reforzamiento de autocuidado, diligenciamiento de ordenes de seguimiento ambulatorio en los programas de cronicos de hipertnesion, falla cardiaca , nutricion, salud mental aportados por la subred norte</p>
<p>Registrar correctamente las estadísticas vitales en ruaf istitucional en forma oportuna.</p>	<p>Registro de certificados de defuncion en el sistema RUAF , informe en la historia clinica de numero de certificado de defuncion , fecha y hora de elaboracion</p>
<p>mpartir instrucciones al personal de salud que esté a cargo le los pacientes sobre procedimientos propios de su specialidad.</p>	<p>Comunicación efectiva con el personal a cargo sobre procedimientos a realizar a los pacientes</p>
<p>Informar en forma personal, detallada y veraz el estado, ronóstico y evolución de la enfermedad a los familiares y/o tutores del paciente.</p>	<p>Comunicación diaria con los pacinetes , familiares, tutores, cuidadores del pacinete sobre evolucion, diagnostico, pronostico y tratamiento de los pacientes de modo diario</p>
<p>Registrar las enfermedades de acuerdo a la codificación rigente, como también registrar de manera adecuada los rocedimientos utilizados en el tratamiento del paciente con a codificación requerida.</p>	<p>Registro en la historia clinica de diagnosticos codificados según CIE 10 , y registro de procedimientos según codiciacion requerida</p>
<p>Brindar apoyo docente a estudiantes de pre y postgrado, de onformidad a los convenios establecidos por el hospital y articipar en la programación y evaluación de los mismos, uando roten por el servicio.</p>	<p>Actividad docente durante revista medica diaria, relizacion de charlas academicas , asignacion de temas a los estudiantes, calificacion de desempeño</p>
<p>OBSERVACIONES: 192 hras</p>	
<p>TOTAL A PAGAR: (16,588,224) DIECISEIS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE</p>	
<div>  <p>Omar orlando castro rojas CC: 1074131777</p> </div>	<div> <p>Fecha : 31 / 10 / 2024</p>  <p>Firma de recibido supervisor ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO</p> </div>
<p>Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</p>	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80793256	\$2.053.000	

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	803.500	0		0		0	0	0	0	803.500	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	1.028.500	0	0	32.200	32.200	0	0		1.092.900	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	156.600				156.600	0	0	156.600			1.566	156.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

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	803.500	803.500
Pensión	1	1.092.900	1.092.900
Riesgos Laborales	1	156.600	156.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.053.000	2.053.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80793256	10
					TOTAL A PAGAR
					\$2.053.000

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1074131777	CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO	59	0	N									X										25-14	6.428.000	1.028.500	0	0	32.200	32.200	EPS005	6.428.000	803.500	14-7	6.428.000	3	156.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA