

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: RAFAEL ANTONIO MUÑOZ HERRERA			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1016009605
CELULAR: 3167154392	CORREO ELECTRÓNICO: ramunoz1@fucsalud.edu.co	SEDE: HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS	CENTRO DE COSTOS: FBCA17 - C. EXT PSIQUIATRÍA USS FRAY BARTOLOMÉ
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 6884852488	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2034-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4						
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	10585	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21521	FECHA	22/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	01	05	2026	31	05	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 17.627.034	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 94.769		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)
 En los distintos apartados de productos entregados, no se especifica la cantidad, no se considera un informe válido para proceder con el pago.

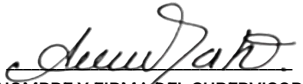

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 87.566.556
VALOR EJECUTADO	\$ 41.508.822
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 14.783.964
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	156
SALDO POR EJECUTAR	\$ 46.057.734
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	47.4 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 8.800.000	\$ 1.100.000	\$ 1.496.000	III	\$ 214.400	\$ 2.810.400	9504604799

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA RAFAEL ANTONIO MUÑOZ HERRERA CC: 1016009605
--	---

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-50												
		VERSIÓN: 4												
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		PÁGINA: 1 DE 1												
		FECHA: 07/11/2024												
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	UNIDAD: HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS													
No. DE CONTRATO: 2034-2026	PERIODO CERTIFICADO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>05</td> <td>2026</td> <td>31</td> <td>05</td> <td>2026</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	01	05	2026	31	05	2026
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año									
01	05	2026	31	05	2026									
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO	DOCUMENTO: 1016009605													
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.														
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 47.4 %														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1 Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	Atencion medica especializada a pacientes hospitalizados, realizando valoraciones psiquiatricas iniciales y de seguimiento diario
2 Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades	Aplicación de protocolos de seguridad clínica, manejo de pacientes con riesgo suicida, agitación psicomotora y desintoxicación
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales	Participacion en la entrega de turno medica socializando cambios en el estado mental de pacientes criticos y ajustes terapeuticos.
4 Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos, registro de pre y post operatorio, respuesta interconsulta, y otros según el caso) dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad	Realizacion de ronda medica interdisciplinaria, respuesta a interconsultas, prescripcion farmacologica y registro de criterios diagnosticos (CIE-10/ DSM-5)
5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica	Valoracion del estado mental y respuesta neuroloica en pacientes con procedimientos o cedacion
6 Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución	Psicoeducacion medica sobre diagnostico, plan psicofarmacologico, pronostico y gestion de expectativas bajo la politica de humanizacion
7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución	Adhherencia a protocolo de manejo de patologia mental aguda, guias de practica y protocolos de seguridad del paciente
8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	Identificacion y reporte de eventos adversos, riesgo suicida materializado o reacciones adversas a medicamentos (RAM).
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	Actualizacion de censos diagnosticos plataformas de prescripcion de medicamentos (MIPRES si aplica) y aplicativos de gestion clinica.
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Asisencia a jornadas de actualizacion en salud mental, normatividad vigente y capacitaciones admnistrativas de la ESE
11 Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	Realizacion de pruebas de conocimeito sobre guias de manejo protocolos de seguridad y procesos de induccion y reinduccion.
12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual	Uso responsable y adecuado de equipos biomedicos, herramientas informaticas y mobiliario del consultorio o de unidad de hospitalizacion.
13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido	Participacion en comites tecnicos (MIPRES, ETICA, FARMACIA Y TERAPEUTICA) o juntas medicas para definicion de casos complejos
14 Participar en el proceso de habilitación y acreditación en	Cumplimiento de estandares de calidad y seguridad del paciente


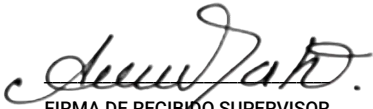
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad	enfocados en la acreditacion institucional y mejora de procesos clinicos
15 Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución	Fortalecimiento de la cultura de seguridad y humanizacion en la atencion del apciente psiquiatrico bajo los valores de la institucion
16 Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución	Coordinacion con el equipo interdisciplinario (enfermeria, psicologiia trabajo social terapia ocupacional y demas) para la gestion eficiente de egresos y remisiones.
17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades	Uso racional y eficiente de formulas, papeleria intitucional e insumos medicos necesarios para la pracica psiquiatrica
18 Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte	Ejercicio de una practica medica basada en la empatia, el respeto a la autonomia del paciente mental y la comunicaci3n asertiva con el equipo intrdisciplinario y fmilias.

OBSERVACIONES:

156 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 14.783.964 – CATORCE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA RAFAEL ANTONIO MUÑOZ HERRERA CC: 1016009605</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916</p>
---	--

Nota: Este informe de obligaciones para aprobaci3n estar3 sujeto a la certificaci3n que expida el supervisor.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016009605		MUÑOZ HERRERA RAFAEL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 151 # 11b -16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4154392	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	301358665	9504604799	I	2026/05/05	2026/05/12	BANCOLOMBIA	7	\$2,824,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vspl	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
																							\$8,800,000	\$1,496,000			\$8,800,000	\$1,100,000			\$0	\$0			\$8,800,000	\$214,400			\$0	\$0	\$2,810,400	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
																							\$8,800,000	\$1,496,000			\$8,800,000	\$1,100,000			\$0	\$0			\$8,800,000	\$214,400			\$0	\$0	\$2,810,400	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																										
																							\$8,800,000	\$1,496,000			\$8,800,000	\$1,100,000			\$0	\$0			\$8,800,000	\$214,400			\$0	\$0	\$2,810,400	
1	CC	1016009605	MUÑOZ RAFAEL																		23020	30	\$8,800,000	\$1,496,000	EPS017	30	\$8,800,000	\$1,100,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$8,800,000	2.436%	\$214,400	0	\$0	\$0	No	\$2,810,400
Total Afiliados(1)																																										
																							\$8,800,000	\$1,496,000			\$8,800,000	\$1,100,000			\$0	\$0			\$8,800,000	\$214,400			\$0	\$0	\$2,810,400	

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,496,000	\$7,700	\$0	\$1,503,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$1,496,000	\$7,700	\$0	\$1,503,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$214,400	\$1,100	\$0	\$215,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$214,400	\$1,100	\$0	\$215,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,100,000	\$5,600	\$0	\$1,105,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$1,100,000	\$5,600	\$0	\$1,105,600
TOTAL				1	\$2,810,400	\$14,400	\$0	\$2,824,800

RAFAEL ANTONIO MUÑOZ
HERRERA

NIT 1.016.009.605-6
CL 22 F 83 21 APT 101
Tel: (031) 3167154392
Bogotá - Colombia
fundacionclownpayatria@gmail.com

Espacio para
Logo Corporativo

RES.DIAN No. Número
Autorización Electrónica
18764081656456 aprobado en
20241017 prefijo FE desde el
número 101 al 500 Vigencia: 24
Meses
No responsable de IVA - Actividad
Económica 8621 - Actividades de la
práctica médica, sin internación

**FACTURA
ELECTRÓNICA DE
VENTA NO. FE 281**

**Fecha y hora
Factura**

Generación:
17/05/2026, 10:35
Expedición:
17/05/2026, 10:35

Nombre del Cliente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD NORTE E.S.E.

Nit ó C.C.
900.971.006-4

Fecha de Vencimiento
--

Razón Social
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD NORTE E.S.E.

Dirección
CL 66 15 41

Teléfono
(601) 4431790

Correo
facturaelectronica@subrednorte.gov.co

Vendedor
RAFAEL ANTONIO MUÑOZ

Centro de Costo
0

CONDICIONES DE VENTA: La firma del comprador en este documento significa la aceptación de la mercancía y la obligación de pagar en los términos y condiciones estipuladas y su conformidad con el pacto de reserva de dominio que aquí se establece. Este documento se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio según Art 774 del código de Comercio. Nuestra responsabilidad cesa al entregar la mercancía a los transportadores. Reclamos por roturas o saqueo deben hacerse al transportador



Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONSULTA PSIQUIATRIA	1.00	14,783,964.00

Total items: 1

Total Bruto	14,783,964.00
Total a Pagar	14,783,964.00

OBSERVACIONES:

Honorarios por consultas como Médico Especialista en Psiquiatra correspondientes el mes de mayo de 2026.

PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Valor en Letras:

Catorce millones setecientos ochenta y tres mil novecientos sesenta y cuatro pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - \$ 14,783,964.00
Transferencia

VENDEDOR

C.C. Ó NIT.:

FIRMA Y SELLO

C.C. Ó NIT.:

CUFE: 76a6aee60c2e6be3d7654d4e9b35b31c4513c7ed567d10d7dd911547f30cf49d0ad5c09bae76266198960a43ea8eed48