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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1074131777**
CELULAR: **3102620131**	CORREO ELECTRÓNICO: **oocr_70@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	CENTRO DE COSTOS: **HSBU06 - ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS SIMÓN BOLÍVAR**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **4800385777**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **2020-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10574	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	21475	**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: **$ 17.412.948**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 93.618**

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

En el informe de actividades en 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:	**$ 84.817.908**
VALOR EJECUTADO	$ 49.430.304
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 17.974.656**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	192
SALDO POR EJECUTAR	$ 35.387.604
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**58.3 %**

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
$ 6.740.496	$ 891.000	$ 1.211.900	III	$ 173.700	**$ 2.276.600**	81167915

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** CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO CC: 1074131777

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-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 SIMÓN BOLÍVAR**						
No. DE CONTRATO: **2020-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO**	DOCUMENTO: **1074131777**						
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 (%): **58.3 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución	Se garantizó el cumplimiento de los estándares de producción en el servicio de hospitalización, mediante la valoración diaria de pacientes hospitalizados, realización de evoluciones médicas completas y oportunas, formulación y ajuste de tratamientos, solicitud e interpretación de paraclínicos, egresos hospitalarios dentro de los tiempos establecidos y respuesta a interconsultas intrahospitalarias, asegurando continuidad, oportunidad y resolutividad en la atención.
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	Se dio cumplimiento a los procesos prioritarios del servicio de hospitalización, incluyendo la aplicación de protocolos institucionales y guías de práctica clínica, correcta identificación del paciente, seguridad en la prescripción médica, adherencia a medidas de seguridad del paciente, vigilancia clínica continua, y cumplimiento de rutas de atención y procesos asistenciales definidos, conforme a la normatividad vigente.
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales	Se realizó de manera sistemática el recibo y entrega de turno en el servicio de hospitalización, garantizando la transferencia completa, clara y oportuna de la información clínica de los pacientes, incluyendo diagnóstico, evolución, estado actual, pendientes, paraclínicos y conductas a seguir, con diligenciamiento adecuado de los formatos institucionales establecidos.
4 Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: 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, 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	Se realizaron rondas médicas diarias en el servicio de hospitalización con valoración integral de los pacientes, elaboración de evoluciones clínicas, formulación y ajuste de tratamientos según condición clínica, y ejecución de procedimientos médicos acordes al nivel de atención. Se garantizó el diligenciamiento completo, legible y oportuno de la historia clínica (evoluciones, órdenes médicas y descripción de procedimientos), en cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999. Adicionalmente, se efectuó la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y eventos de interés en salud pública, conforme a los lineamientos institucionales. Se realizó la adecuada orientación de los pacientes a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) según su ciclo de vida, así como el desarrollo de las demás actividades asistenciales propias del servicio.
5.Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica	Se Realizo seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica
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	Se brindó información clara, completa y oportuna a los pacientes hospitalizados y sus familiares sobre el estado de salud, diagnóstico, evolución clínica, plan de manejo, riesgos, beneficios y posibles complicaciones de los tratamientos instaurados, garantizando una comunicación efectiva, empática y acorde con la política de humanización institucional, favoreciendo la toma de decisiones informadas.
7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución	Se aplicaron de manera sistemática las políticas institucionales, guías de manejo y protocolos clínicos en el servicio de hospitalización, asegurando la adherencia a instructivos, manuales, procesos y procedimientos establecidos, con enfoque en la calidad de la atención, seguridad del paciente, uso racional de recursos y cumplimiento de los lineamientos institucionales y normativos vigentes.
8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública	Se realizó la identificación, vigilancia y notificación oportuna de sucesos de seguridad del paciente, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y eventos de interés en salud pública, conforme a los lineamientos institucionales y normatividad vigente, garantizando el adecuado diligenciamiento de los formatos y plataformas establecidas, así como el seguimiento clínico correspondiente.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	Se realizó el registro continuo, completo y oportuno de la información clínica y administrativa en los sistemas institucionales asignados, incluyendo historias clínicas, órdenes médicas, evoluciones, interconsultas, egresos y demás módulos requeridos, garantizando la actualización permanente de los datos y la concordancia con la atención brindada en el servicio de hospitalización.
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	Se participó en las capacitaciones virtuales y/o presenciales convocadas por la Subred Norte ESE, fortaleciendo conocimientos y competencias relacionadas con los procesos institucionales, lineamientos de calidad y prestación del servicio en salud.
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	Se presentaron oportunamente las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte, relacionadas con procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamientos en puesto de trabajo, manuales, inducciones y reinducciones, garantizando el cumplimiento de los lineamientos institucionales.
12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual	Se garantizó el uso adecuado, cuidado y conservación de los equipos y elementos asignados para la prestación del servicio, realizando verificación periódica de su estado y reportando oportunamente cualquier novedad.
13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido	Se asistió a los comités intra y extrainstitucionales programados, participando de manera activa en la revisión de casos, análisis de procesos y toma de decisiones orientadas al mejoramiento continuo del servicio.
14 Participar en el proceso de habilitación y acreditación en 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	Se participó activamente en el proceso de habilitación y acreditación en salud, aplicando las herramientas institucionales para la implementación de los sistemas integrados de gestión de calidad y control, con énfasis en el cumplimiento de estándares de acreditación definidos por la entidad.
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	Se dio cumplimiento a las competencias técnicas, éticas y organizacionales requeridas para el adecuado desarrollo del objeto contractual, participando en procesos institucionales, adherencia a protocolos, guías de atención y lineamientos de calidad, fortaleciendo la cultura organizacional y el mejoramiento continuo.
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	Se participó activamente en la ejecución coordinada de actividades asistenciales y administrativas dentro del servicio asignado, articulando acciones con otros servicios y áreas de la institución para garantizar continuidad y calidad en la atención.
17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades	Se realizó control y uso adecuado de insumos médico-quirúrgicos durante la atención de los pacientes, aplicando criterios de racionalidad, oportunidad y eficiencia, así como verificación permanente de disponibilidad y correcto registro de consumo.
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	Se aplicaron de manera continua los principios y valores institucionales durante la atención asistencial, garantizando un trato digno, humanizado y respetuoso hacia los usuarios, sus familias y el equipo de trabajo, fortaleciendo la comunicación asertiva y la empatía en cada interacción dentro del servicio asignado.

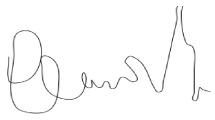
OBSERVACIONES:

192 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 17.974.656 — DIECISIETE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026	Fecha: 31/05/2026 **FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR** ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916



_____

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO
CC: 1074131777

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación 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	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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81167915	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$2.276.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	891.000	0		0		0	0	0	0	891.000	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	1.140.500	0	0	35.700	35.700	0	0		1.211.900	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	173.700				173.700	0	0	173.700			1.737	173.700	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	891.000	891.000
Pensión	1	1.211.900	1.211.900
Riesgos Laborales	1	173.700	173.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.276.600	2.276.600

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	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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81167915	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$2.276.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenerado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1074131777	CASTRO ROJAS OMAR ORLANDO	59	0			N																	25-14	7.128.000	30	1.140.500	0	0	35.700	35.700	EPS005	7.128.000	30	891.000	14-7	7.128.000	30	3	173.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Espacio para
Logo Corporativo

OMAR ORLANDO CASTRO ROJAS
NIT 1.074.131.777-6
Carrera 49b#102a-37
Tel: (601) 3102620131
Bogotá - Colombia
oocr_70@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. A 29

Señores	Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.s.e		
NIT	900.971.006-4	**Teléfono**	(601) 4431790
Dirección	calle 66 n 14-41	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	14/05/2026, 18:00
Expedición	14/05/2026, 18:00
Vencimiento	14/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Producto genérico	192.00	17,974,656.00

Total items: 1

Total Bruto	17,974,656.00
Total a Pagar	17,974,656.00

Valor en Letras:
Diecisiete millones novecientos setenta y cuatro mil seiscientos cincuenta y seis pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 17,974,656.00

Observaciones:
servicios prestados en junio 2026

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764083251943 aprobado en 20241112 prefijo A desde el número 1 al 100 Vigencia: 24 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 19a8ea5fbd40b00a171b9ddb54f20fa59ea1f51c906d82368643607c88caa4aee2eec218ac1123ba3d91c29f8afbcb9b