

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			EDUARDO YESID CASTRO ROJAS					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1034399635
CORREO ELECTRONICO:			eduardoyesid2006@gmail.com			CELULAR:		3208177838
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			COLECTOR CAMILLERO HOSPITALARIA USS FONTIBON			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO03H04	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			91279481009				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3563			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1161	FECHA	2025-05-19 12:20:03.000	NÚMERO DE CRP	24963	FECHA	2025-05-26 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		CAMILLERO						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-04-01			2025-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,803,420				
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO						VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$5,169,804		
VALOR EJECUTADO						\$3,065,814		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,803,420		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$2,103,990		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						59%		
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 \$2.194,507 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES		
9484435150	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
DIANA CAROLINA MONTERO CORTES 1024465143 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área.	Apoyó al profesional del servicio en las actividades del área.	Atendiendo las solicitudes
2) Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Apoyó a los pacientes en sus necesidades básicas.	Seguridad del paciente
3) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Cuando se requiera
4) Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	Realizó a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	Segun ordenes
5) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención	Retroalimento a la supervisión dificultades del proceso de atención	Cuando se presenten adversidades
6) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Transportando adecuadamanete los elementos
7) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Cada que sea necesario
8) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Hacer uso de ellos adecuadamente
9) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Cumpliendo muy puntualmente
10) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	En los tiempos estipulados
11) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Cuando sea necesario

DIANA CAROLINA MONTERO CORTES
1024465143
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

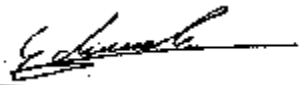
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

EDUARDO YESID CASTRO ROJAS
1034399635 DE BOGOTA

La suma de **\$1.803.420**, por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como **CAMILLERO** en el periodo del **01 AL 30 DE ABRIL DEL 2025**, de conformidad con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios No. 3563-2025



EDUARDO YESID CASTRO ROJAS
1034399635 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 91279481009

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1034399635		CASTRO ROJAS EDUARDO YESID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 62 SUR # 32A -12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3208177838	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	13003977	9484435150	I	2025/04/08	2025/04/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$396,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 1034399635	CASTRO ROJAS EDUARDO YESID	25-14	27	\$1,281,150	\$205,000	EPS017	27	\$1,281,150	\$160,200		0	\$0	\$0	14-11	27	\$1,281,150	\$31,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,281,150	\$205,000			\$1,281,150	\$160,200			\$0	\$0			\$1,281,150	\$31,300		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$205,000	\$0	\$0	\$205,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$205,000	\$0	\$0	\$205,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,300	\$0	\$0	\$31,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,300	\$0	\$0	\$31,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$160,200	\$0	\$0	\$160,200	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$160,200	\$0	\$0	\$160,200	
TOTAL				1	\$396,500	\$0	\$0	\$396,500	