

					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	1390	FECHA	2025-06-19 15:28:53.000	NÚMERO DE CRP	30580	FECHA	2025-06-27 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		CAMILLERO						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-06-01			2025-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,863,534				
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:						\$8,656,416		
VALOR EJECUTADO						\$6,732,768		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,863,534		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$1,923,648		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						78%		
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		
9486398869	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
DIANA RODRIGUEZ 52262971 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 RODRIGUEZ
52262971
Supervisor

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

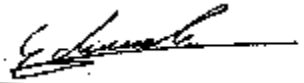
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

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 31 DE MAYO 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

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

✓ Datos guardados

⏪ Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ CUENTA DE MARZO 2025.pdf	CUENTA DE MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA ABRIL 2025.pdf	CUENTA ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ IAS MAYO 2025 EDUARDO CASTRO.pdf	IAS MAYO 2025 EDUARDO CASTRO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

✓ Datos guardados

⏪ Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Borrar Cargar nuevo

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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
2025-05	2025-05	19062865	9486398869	I	2025/06/10	2025/06/11	BANCO DE OCCIDENTE	1	\$441,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
1	CC 1034399635	CASTRO EDUARDO	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS017	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200	
TOTAL				1	\$440,500	\$500	\$0	\$441,000	