

## Novedad OPS

Ludy Andrea Cubillos <liderunidadrenal@subredsuroccidente.gov.co>

Mié 23/11/2022 10:56

Para: Luz Dary Campos <directorcomplementarios@subredsuroccidente.gov.co>; Alejandra Guarnizo <ops@subredsuroccidente.gov.co>

Buenos Días

Envío novedad del contrato OPS 1553-2022 de Dr, Diego Felipe Castro, presta sus actividades hasta el día 30 de noviembre de 2022 en la unidad renal.

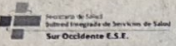
Envío carta de terminación de contrato, y formato de reintegro.

Gracias por la atención.



**Ludy Andrea Cubillos Mora**

Enfermera Unidad Renal  
Servicios Complementarios  
Subred Sur Occidente E.S.E.  
Tel: (+57) 310 588 9754

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA<br/>NUEVO CONTRATO</b> |                                                          | Versión:                                                               | 3                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                                          | Fecha de aprobación:                                                   | 25/10/2021                                                           |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                                          | Código:                                                                | 04-02-FO-0011                                                        |                                                                                     |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| Quien solicita Ludy Andrea Cubillos Mora ENFERMERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fecha de la Solicitud                                                           |                                                          |                                                                        | Dependencia o sede: UNIDAD KENNEDY UNIDAD                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Día                                                                             | Mes                                                      | Año                                                                    | Área o Servicio: Unidad Renal                                        |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 22                                                                              | 11                                                       | 2022                                                                   | Dirección a la que pertenece: DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS |                                                                                     |
| Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Documentación por prestación de servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| La Dirección de Servicios complementarios requiere la contratación de un Medico Hospitalario para la realización de actividades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| Prestar servicios profesionales especializados y de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como MEDICO HOSPITALARIO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| Rubro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HONORARIOS <input type="checkbox"/>                                             | REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS <input type="checkbox"/> | ASISTENCIAL GENERAL <input checked="" type="checkbox"/>                | ASISTENCIAL PIC <input type="checkbox"/>                             |                                                                                     |
| Recursos Propios:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>              | Vigencias futuras                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>     |                                                                      |                                                                                     |
| Convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>              | No. Convenio:                                            | Suscrito con:                                                          |                                                                      |                                                                                     |
| PERFIL: MEDICO HOSPITALARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| HABILIDADES: Buenas Relaciones interpersonales, resolución de problemas, capacidad de análisis, toma de decisiones, empatía, trabajo en equipo, vocación de servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. Riesgo por no asistencia a las actividades programadas. Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las actividades por realizar. Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores. Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas. No entrega de soportes, registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| <b>PROYECCIÓN</b><br>Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | CANTIDAD<br>(meses, horas, actividades a contratar)      | OBSERVACIONES: Reemplazo contrato No. 1553-2022                        |                                                                      |                                                                                     |
| MES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| HORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | x                                                                               | 208                                                      |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| <b>ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</b><br>REVISTA MEDICA DE HOPITALIZACION DE PACIENTES POR EL AREA DE NEFROLOGIA CON MEDICO ESPECIALISTA., REVISTA UNIDAD RENAL CON MEDICO ESPECIALISTA, ELABORACION DE ORDENES Y FORMULAS DE PACIENTES EN PROGRAMA DE DIALISIS Y PACIENTES AGUDOS HOSPITALIZADOS, ASISTENCIA Y APOYO A PROCEDIMIENTOS DEL MEDICO ESPECIALISTA, VALORACION DIARIA EN CADA SESION DE HEMODIALISIS DE CADA PACIENTE EN PROGRAMA DE TERAPIA DE DIALISIS, VALORACION MEDICA MENSUAL A PACIENTES EN SALA DE HEMODIALISIS CON COMPLICACIONES DE LA TERAPIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| <b>PÉRFIL Y NOMBRE DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN</b><br>1. Nombre: Ludy Andrea Cubillos Mora<br>2. Identificación: 52465298<br>3. Perfil o cargo: Enfermera<br>4. Justificación (Si aplica):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                                          |                                                                        |                                                                      |                                                                                     |
| Luz Dary Campos Moreno<br>Directora de servicios complementarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                                          | Sandra Milena Roza Mateus<br>Vo.Bo. Subgerente Prestación de Servicios |                                                                      |                                                                                     |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
SUR OCCIDENTE ESE

## EL SUSCRITO SUPERVISOR DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

### CERTIFICA QUE:

Teniendo en cuenta que se ejerce o ejercía la supervisión de los Contratos de Prestación de servicios relacionados a continuación y una vez revisada la ejecución de los mismos, se certifica que los saldos descritos son a favor de la entidad, se generaron por valores comprometidos no ejecutados y procede su reintegro:

| Consecutivo<br>COMPROMISO O<br>RP | NUMERO<br>CONTRATO | DOCUMENTO<br>CONTRATISTA<br>CC | NOMBRE CONTRATISTA               | SALDO A<br>REINTEGRAR |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 41953                             | 1553-2022          | 1018433828                     | DIEGO FELIPE CASTRO<br>RODRIGUEZ | 3.412.968             |
|                                   |                    | TOTAL                          |                                  | \$ 3.412.968          |

Se expide en Bogotá, Distrito Capital, a los 21 días del mes de noviembre 2022

*Ludy Andrea Cubillos M*

Supervisor

LUDY ANDREA CUBILLOS MORA 52465298

| Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma. |        |                  |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------|-------|
| Funcionario /<br>Contratista                                                                                                                                   | Nombre | Cargo/ Actividad | Firma |
|                                                                                                                                                                |        |                  |       |



BOGOTA 23/11/22

DOCTORA:

SANDRA MILENA ROZO MATEUS

SUB GERENTE SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

CALLE 9 No 39-46

Referencia: SOLIUD TERMINACION MUTUO ACUERDO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NUMERO 1553-2022

Respetada Doctora SANDRA MILENA ROZO, reciba cordial saludo, solicito de manera atenta la terminación de mutuo acuerdo de la orden de prestación de servicios número 1553-2022 cuya finalidad es prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional, a partir de 30 de noviembre del 2022, esto por motivos personales.

Cordialmente

*Diego Felipe Castro R.*  
DIEGO FELIPE CASTRO RODRIGUEZ

Contratista

CC 1018433828 de Bogotá

Celular 3022898396

*Ludy Andrea Cubillos Mora*  
LUDY ANDREA CUBILLOS MORA

Supervisor

CC 52465298 de Bogotá

Celular 310588975