Copia Certificada
Subred Suroccidente

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | jaime eduardo urquiza suarez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1090426011 | |
| CORREO ELECTRONICO: | eduardourqui@gmail.com | | | | CELULAR: | 3183649667 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD) SALUD MENTAL FLORALIA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE12J10 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570008770177874 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5376 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 2243 | FECHA | 2023-09-28 15:52:43.000 | NÚMERO DE CRP | 48413 | FECHA | 2023-09-29 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-09-01 | | 2023-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $6,758,895 | | | | |
| 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: | $27,368,326 |
| VALOR EJECUTADO | $27,368,326 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $6,758,895 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 70994923 | $2,787,548 | $348,444 | $446,008 | 3 | $67,905 | $862,356 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VANESSA MORALES HOYONES
52078629
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

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. | 1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente | historia clinica |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | N.A | N.A |
| 4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. |
| 5) Participar en la programación de actividades del área | lista de asistencia | lista de asistencia |
| 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred | N.A | N.A |
| 7) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | se realiza notificacion | se realiza notificacion |
| 8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente | N.A | N.A |
| 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | se diligencia de forma adecuado los formatos autorizados por la subred | historia clinica |
| 10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento | historia clinica | historia clinica |
| 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | SE APOYA AL EQUIPO DE ENFERMERIA EL MANEJO ADEACUADO DE LOS PACIENTES | historia clinica |
| 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | SE REALIZA ACERCAMINETO CON EN FAMILIAR PARA SU CONOCIMEINTO DEL ESTADO CLINICAO DEL PACIENTE | historia clinica |
| 13) Emitir conceptos médicos que se le requieran | SE EMITEN CONCEPTOS CUANDO SE REQUIERAN DE CADA PACIENTE | historia clinica |
| 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | N.A | N.A |
| 15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento | historia clinica | historia clinica |
| 16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento | SE REALIZA CADA MES INFORME DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS | INFORME MENSUAL |
| 17) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | SE RESPONDE POR TODO LO QUE SE ASIGNAN PARA ADECUADO DESEMPEÑO | INFORME |
| 18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | SE PARTICIPA EN LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED | LISTADO DE ASISTENCIA |
| 19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | SE CUMPLE CON LOS PROCESOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED | LISTADO DE ASISTENCIA |
| 20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | N.A | N.A |
| 21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | SE REGISTRA TODA LA INFORMACION PRESTADA A LA SUBRED | LISTADO DE ASISTENCIA |
| 22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | N.A | N.A |
| 23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | SE ENTREGA PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | INFORME MENSUAL |
| 24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | SE REALIZA TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS | SE REALIZA TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

VANESSA MORALES HOYONES
52078629
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

Copia Certificada
Subred Suroccidente