	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3
		Fecha de aprobación	16/02/2018
		Código	04-03-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHN FREDY GOMEZ ORTIZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C C	X	C E		NO	1.070.956.936							
CORREO ELECTRONICO:	jhonfg0012@hotmail.com				CELULAR	3138696240							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UMHES KENEDDY												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	REHABILITACION				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	M07KE10	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:	382554608									PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3571-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO:	2 DE 3						
NÚMERO DE CDP:	165	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP:	15193	FECHA	31/01/2019				
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIO										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2019		31	3	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.273.930										
TIPO DE SERVICIOS:	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.226.530
VALOR EJECUTADO:	$6.051.810
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.273.930
VALOR A LIBERAR:	$0
SALDO POR EJECUTAR:	$3.174.720
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	62%

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 $2,070,290 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
33241610	$1.111.152,00	$138.900	$177.800	3	$27.100	$343.800

CINDY TATIANA CORTES ROMERO	JOHN FREDY GOMEZ ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Ubicación del Servicio:	REHABILITACION					Sede: KENNEDY				
No. DE CONTRATO:	3571-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	1	2.019		31	1	2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHN FREDY GOMEZ ORTIZ		C. C.		1.070.956.936	DE	Facatativa			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Terapeuta Respiratorio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA se obliga con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: 1. Cumplir las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, concordatos de cualquier índole externa o reglamento interno, código o derecho interno del E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, a su más nombre bajo. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo a código del buen gobierno y de la institucional y profesional. 4. Pagar los aportes del sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato como los montos legales establecidos dentro de los cuatro (10) primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura orientada hacia el cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambi	100	• Participando activamente en la atención de pacientes para los cuales se evalúa y ejecuta el plan de tratamiento de los pacientes con y sin soporte ventilatorio. • Realiza toma, procesamiento y análisis de los gases sanguíneos que le sean solicitados. • Interpretación de radiografía de tórax. • Escoge según previa evaluación del paciente, el equipo de oxigenoterapia a usar. • Programa y modifica la asistencia ventilatoria de acuerdo con análisis previos y paraclínicos. • Realiza el cuidado de la vía aérea artificial o fisiológica como parte del tratamiento con terapia respiratoria: micronebulizaciones, higiene y cuidados de traqueotomía, extubación, decanulación y demás actividades propias relacionadas con la profesión. • Participación activamente en el traslado de pacientes críticos, a la toma de exámenes especiales controlando la vía aérea del paciente durante dicho examen. • Llena a cabalidad los formatos de historia clínica de acuerdo con las normas legales, los procedimientos de auditoria y el manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda intervención con firma y sello. • Elaborar registros clínicos y estadísticas diarias y mensuales. • Velar por la adecuada y racional autorización de los recursos. • Anexar la constancia de aportes al sistema de seguridad soc	• Registros de historia clínicas. • Interconsultas. • Censos de actividades. • Cobros de terapia (facturación). • Entrega y recibo de turno.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $3.273.930 TRES MILLONES DOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE.-

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha: Marzo 2019 Firma del Jefe inmediato o supervisor: CINDY TATIANA CORTES ROMERO

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor

Scanned by CamScanner