

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                 |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|------------------------|-----------------|---------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                 | Versión                |                 | 3             |            |  |                         |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                      |                          |                                                 | Fecha de aprobación    |                 | 2/15/2018     |            |                                                                                     |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                 | Código:                |                 | 04-02-FO-0002 |            |                                                                                     |                         |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |                          |                                                 |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |                          | magaly amanda torres                            |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |                          | C.C                                             | X                      | C.E             | No.           |            | 36562045                                                                            |                         |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      |                          | amanda1502@gmail.com                            |                        |                 | CELULAR:      |            | 3158419930                                                                          |                         |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |                          |                                                 |                        |                 | SUBRED        |            |                                                                                     |                         |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |                          | A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN HOSPITAL BOSA |                        |                 | SEDE:         |            | SUBRED                                                                              |                         |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo      | %                        |                                                 |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | BO37M06              | 100                      |                                                 |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                                 |                        | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO     |                                                                                     |                         |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      |                          | 456400071712                                    |                        |                 |               | PENSIONADO |                                                                                     | NO                      |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                      |                          |                                                 |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      | 4186                     |                                                 |                        | VIGENCIA        |               |            | 2024                                                                                |                         |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 339                  | FECHA                    | 2024-01-24 15:34:13.000                         |                        | NÚMERO DE CRP   |               | 16700      | FECHA                                                                               | 2024-02-07 13:00:00.000 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      | TERAPEUTA RESPIRATORIA   |                                                 |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      | DESDE                    |                                                 | FECHA INICIAL          |                 | HASTA         |            | FECHA FINAL                                                                         |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                 | 2024-02-01             |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |                          |                                                 | \$3,450,942            |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |                          |                                                 |                        |                 | \$11,066,814  |            |                                                                                     |                         |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                 |                        |                 | \$3,450,942   |            |                                                                                     |                         |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                      |                          |                                                 |                        |                 | \$3,450,942   |            |                                                                                     |                         |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |                          |                                                 |                        |                 | \$0           |            |                                                                                     |                         |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |                          |                                                 |                        |                 | \$7,615,872   |            |                                                                                     |                         |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |                          |                                                 |                        |                 | 31%           |            |                                                                                     |                         |  |
| El intervisor 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                                                                       |                         |  |
| 9462080490                                                                                                                                                                                                                                                   |  | \$1,237,579          | \$154,697                |                                                 | \$198,013              |                 | 3             | \$30,147   | \$382,858                                                                           |                         |  |
| Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                         |  |                      |                          |                                                 |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |
| Maritza Milena Mejia Lozano<br>52467645<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |  |                      |                          |                                                 |                        |                 |               |            |                                                                                     |                         |  |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDADES                                                                                                                 | PRODUCTOS                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| "1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente"                                                                     | Adherencia a las guías de manejo en atención al usuario, seguir lineamientos y relamento interno de la institución          | Demanda Inducida; Historia Clínica, Consentimiento informado |
| "2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3"                          | Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clínica                                                       | Historia Clínica                                             |
| "3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 4"                                                                                                                                          | Realizar diagnostico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno | Historia Clínica                                             |
| "4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado"                                | Participación en las diferentes actividades                                                                                 | Actas de asistencia                                          |
| 5) Realizar el ejercicio de autocontrol autoregulacion autosugestion en las actividades oportunas y completas con la normatividad vigente                                                                                                                      | Diligenciamiento y entrega oportuna de las fichas de notificación                                                           | Fichas de Notificación                                       |
| "o 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso"                                                      | Reportes de fallas presentadas y acciones realizadas                                                                        | Aplicativo, reportes y planes de mejora                      |
| "o 6) Llevar registro de la atención de las 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" | Diligenciamiento completo y adecuado de los diferentes formatos requeridos dentro del proceso                               | Proceso de Atención                                          |
| "7) Participar en la programación de las actividades de la Subred"                                                                                                                                                                                             | Diligenciamiento completo y adecuado de los diferentes formatos requeridos dentro del proceso                               | Historia clínica, actas, consentimiento informado            |
| 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                                                                  | Diligenciamiento acorde, claro y completo del registro                                                                      | Consentimiento Informado                                     |
| "9) 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. 1"                                                                    | Realizar seguimiento seguro y oportuno al paciente y las canalizaciones a los servicios que requiere                        | Historia clínica                                             |
| . 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes                                                                                                                                                                            | Informar de forma clara al paciente y su familia el plan de manejo de su condición de salud                                 | Historia clínica y consentimiento informado                  |
| "s. 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 1"                                                                                                            | Emisión de conceptos medicos acorde a las solicitudes realizadas realizando una ficha de sivilstra                          | Conceptos medicos                                            |
| ". 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio."                                                                                                                                                           | Aplicar durante el proceso de atención todos los lineamientos establecidos y guías de adherencia institucionales            | Resultados de Auditoria                                      |
| . 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                         | Entrega de Informes mensuales o periodicos que demuestren la veracidad de las actividades realizadas                        | Informes                                                     |
| ". 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 1"                                                                                                                         | Velar y responder por recursos y adecuado funcionamiento de equipos, bienes, muebles de la institución                      | Listas de chequeo e inventarios                              |
| "15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades"                                                  | Realización de actividades asignadas                                                                                        | Realización de actividades asignadas                         |
| "16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área"                                                                                                              | Realizar actividades acorde a los procedimientos establecidos                                                               | Proceso de Atención                                          |
| "17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios"                                                                                                                         | Participar en las actividades programadas                                                                                   | Participar en las actividades programadas                    |
| 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.                                                                                                                                                                                          | Participación en actividades                                                                                                | Actas de asistencia                                          |
| "19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente"                                                                                                                   | Asistir a las EAC; LCS entre otras actividades programadas por la institución                                               | Actas de asistencia                                          |
| "20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato."                                                                                    | Entrega oportuna de los soportes de pago realizados al sistema                                                              | Planillas de pago                                            |
| "22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado"                                                                                                           | Realización de actividades asignadas                                                                                        | Actas de asistencia                                          |
| 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos                                                                                                                               | Realización de actividades asignadas                                                                                        | Actas de asistencia                                          |
| "24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. "                                                                                                                 | Realización de actividades asignadas                                                                                        | Actas de asistencia                                          |
| . 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                                  | Realización de actividades asignadas                                                                                        | Actas de asistencia                                          |

Maritza Milena Mejia Lozano  
52467645  
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