| 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: | ZAMIR EDUARDO MORALES VILLARREAL | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79322309 | |
| CORREO ELECTRONICO: | zamir64@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3118769048 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | COLECTOR ANESTESIA HOSPITALARIA USS FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO03H01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | CORRIENTE | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 138005384 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3713 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2508 | FECHA | 2024-11-30 07:21:37.000 | NÚMERO DE CRP | 73121 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- ANESTESIOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-12-01 | | 2024-12-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $10,800,000 | | | | | | |
| 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: | $120,840,000 |
| VALOR EJECUTADO | $118,800,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $10,800,000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,040,000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 98% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 81691228 | $4,800,000 | $600,000 | $768,000 | 3 | $116,928 | $1,484,928 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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 LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDAS DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN DE CADA PACIENTE. | a) realización de valoraciones pre-anestesicas, y actos anestésicos de acuerdo a programación establecida | b) valoraciones preanestesicas, anestesia general, regional y/o sedaciones |
| 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 | a. Ejecutar las actividades relacionadas con atención medica de los pacientes en forma oportuna, eficaz y de calidad, de acuerdo a las características del servicio de anestesiología | b. Se presto atención medica oportuna eficaz y de calidad a los pacientes que le requirieron servicios de anestesiología |
| 3. CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE LOS PACIENTES | a) diligenciamiento de manera completa, legible y oportuna la historia clínica y/o record anestesia, dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999. | b) se diligenció de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999. |
| 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 | a. Participar en forma oportuna en juntas medicas, análisis de casos y/o emisión de conceptos médicos solicitados por otras especialidades, en relación con manejo medico de los pacientes | b. Se asistió a reuniones medicas, Análisis de casos y/o emisión de conceptos médicos relacionados con el manejo pre y post quirúrgico de los pacientes |
| 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 | a. Informar al paciente y/o su familia sus condiciones clínicas, alternativas de tratamiento y planes de manejo así como los riesgos inherentes a las intervenciones medicas, tanto en el preoperatorio como en el posoperatorio | b. Se dio información veraz y oportuna a los pacientes en relación con sus condiciones clínicas, alternativas de tratamiento y riesgos inherentes a la atención medica acorde con las especialidad. |
| 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 | a. registro clínico de todas las actividades e intervenciones relacionados con la prestación del servicio médico de anestesiología | b. Elaboración de historias clínicas, informe anestésico, récord de evolución posoperatoria (Aldrete), así como formulación de medicamentos y solicitud de exámenes médicos, indispensables para la atención del paciente |
| 7. PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA SUBRED | a) Realización de actividades propias de la especialización según programación diaria y/o urgencias | b) participación en actos anestésicos según programación y/o urgencia |
| 8. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. | a. diligenciar formatos de notificación obligatoria, eventos adversos e Infecciones Intrahospitalarias. | b. Se diligenciaros formatos de notificación obligatoria tales como eventos adversos e infección intrahospitalaria entre otros |
| 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 | a. Notificación de todas aquellas fallas que se presenten relacionadas con la prestación de servicios médicos de calidad | b. Reporte de eventos adversos, incidencias y/o complicaciones medicas relacionadas con la prestación de servicio médicos. Así como participar en sus respetivos análisis y planes de mejora |
| 10. IMPARTIR INSTRUCCIONES AL PERSONAL RELACIONADO CON EL MANEJO DE LOS PACIENTES | a) instruir al equipo de salud correspondiente, sobre los procedimientos ordenados al paciente según la especialidad | b) se dio instrucción al equipo de salud a cargo, sobre los procedimientos ordenados al paciente según la especialidad |
| 11. DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD. | a) diligenciar el récord anestésico en todas las intervenciones en forma oportuna y veraz.<br>Elaborar formato de aldrete en recuperacion.<br>elaboración de formato de valoración preanestésica | A. elaboración y registro en Récord de anestesia se elaboro formato de aldrete de pacientes en recuperacion.<br>B. se diligenció adecuadamente del formato de valoración preanestésica |
| 12. REALIZAR LAS INTERVENCIONES AL USUARIO ACORDE CON SUS RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SERVICIO | a. Realizar las intervenciones anestésicas, necesarias, acorde con las condiciones clínicas de cada paciente, con estándares de calidad y seguridad | b. Se realizo actividades anestésicas con seguridad y calidad, acorde a las necesidades individuales de cada paciente |
| 13. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN DE MANEJO Y ATENCIÓN. | a. garantizar información clara y veraz. hacia el paciente y familiares, sobre su estado de salud. | b. Comunicación asertiva con el paciente y familia |
| 14. PARTICIPACIÓN EN LA ACTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS EN EL SERVICIO | a. Participar en actividades relacionadas con la actualización y/o implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos propios del servicio o relacionados con el. | b. En el momento el servicio de anestesiología no se cuenta con guías de manejo y/o protocolos en ejecución y/o desarrollo |
| 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 | a) notificación de fallas de calidad en la presentación del servicio, participación en su análisis, e implementación de mejoras en la prestación del servicio | b) reporte de fallas de calidad en la presentación del servicio, participación en su análisis, e implementación de mejoras en la prestación del las mismas |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 16. REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SERVICIO, PARA CONSOLIDAR LA PRODUCCIÓN MENSUAL DEL ÁREA | a. elaboración de registro de procedimientos, actividades y/o actividades definidas por la subred | b. se elaboro registro de actividades realizadas durante el desempeño de la especialidad |
| 17. PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN QUE PERMITAN CONOCER Y PLANTEAR NUEVAS ALTERNATIVAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DE LOS USUARIOS. | a. Participar en procesos de investigación y/o alternativas de diagnostico, e intervención adelantados en al subred | b. actualmente no hay procesos de investigación en curso en el área de desarrollo de actividades propias del servicio |
| 18. REALIZAR SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS PARA LOS QUE SEA DESIGNADO | No aplica | No aplica |
| APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE | a) participación medica dando cumplimiento de todas las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud | b) se acato con las normas del sistema obligatorio de garantía en al prestación de servicios de salud |
| 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. | a. información oportuna al supervisor del contrato, de actividades desarrolladas durante la prestación del servicio. | b. informe mensual de actividades realizadas |
| 21. RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO. | a) Responsabilizarse por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas durante la prestación del servicio | b) Responsabilizarse por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas durante la prestación del servicio |
| 22. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE ACREDITACIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO. | a. participación en jornadas de inducción y capacitaciones y/o reuniones que sean convocadas durante la prestación del servicio | b. se participo en jornadas de capacitación y reuniones informativas programadas por la subred |
| 23. CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS. | a. Conocimiento y participación de los procedimientos establecidos por la subred | b. se acoge a las guías de manejo medico establecidas por la subred |
| 24. ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE. | a) anexar mensualmente a la cuenta de cobro constancia pago sistema de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales. | b) se anexa a cuenta de cobro constancia pago planilla de seguridad social en salud pensiones y riesgos profesionales. |
| 25. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO | a) Participar y realizar actividades asignadas acordes con el contrato | b) Se participo en todas las actividades asignadas acordes con el contrato |

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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




**ZAMIR EDUARDO MORALES VILLARREAL**
NIT 79.322.309-1
110121
Tel: (031) 7627039 - (311) 8769048
Bogotá - Colombia
zamir64@hotmail.com

Factura electrónica de venta
**No. Z 234**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCIDENTE E.S.E. | | |
| **NIT** | 900.959.048-4 | **Teléfono** | (031) 7560505 - Ext. 000 |
| **Dirección** | calle 9 numero 39 -46 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| **Generación** | 10/12/2024, 19:37 |
| **Expedición** | 10/12/2024, 19:37 |
| **Vencimiento** | 10/12/2024 |

| Ítem | Código | Nombre producto | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Bruto |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | F6 | HORA | 108.00 | 100,000.00 | 10,800,000.00 |

**Total items:** 1

**Valor en Letras:**
Diez millones ochocientos mil pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 10,800,000.00

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 10,800,000.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | 10,800,000.00 |

**Observaciones:**
1. Por concepto servicios médicos especializados en Anestesiología prestados en LA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, del 01 al 31 de DICIEMBRE de 2024. Según contrato de presentación de servicios número 3713-2024,
2. Autorizo a SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE, consignar el Valor correspondiente en la cuenta corriente N° 138005384 del banco BBVA Colombia

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764069982640 aprobado en 20240430 prefijo Z desde el número 201 al 250 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 0.96
**CUFE:** dfc485cf8d0492998d8f697379b26793dcd3fb252b8065030e20676bea4f76e3f023db70a13af0695c83043ae563dbc4

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **ZAMIR EDUARDO MORALES VILLARREAL**, identificada con **CC** número **79322309**, aportó por **ZAMIR EDUARDO MORALES VILLARREAL** identificado(a) con **CC** número **79322309** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 11 - 2024 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $15,400,000 | 0.16000 | $2,464,000 | $77,000 | $77,000 | Noviembre - 2024 | 81691228 | 12/11/2024 | NO |
| 14-11 | ARL SURA | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $15,400,000 | 0.02436 | $375,200 | $0 | $0 | Noviembre - 2024 | 81691228 | 12/11/2024 | NO |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $15,400,000 | 0.12500 | $1,925,000 | $0 | $0 | Noviembre - 2024 | 81691228 | 12/11/2024 | NO |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **20** días del mes **Noviembre**de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.