

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SAMUEL JESUS RODRIGUEZ URUEÑA					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	79506911		
CORREO ELECTRONICO:	ucinueva@gmail.com			CELULAR:	3142910137		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10J02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		86004143			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		10310		VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	7820	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- EN CUIDADO INTENSIVO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2025-01-01			2025-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$12,306,572			
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:	\$21,839,832
VALOR EJECUTADO	\$12,306,572
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$12,306,572
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$9,533,260
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	56%

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
PRIMER PAGO	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA
79958427
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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
<p>19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. 19 Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato. 24. Para los casos que aplique, deberá cumplir con las metas de producción acordadas con el supervisor del contrato para efectos de actividades y/o productos a prestar, conforme a los lineamientos pactados.</p>	<p>Se diligencian los formatos establecidos por la subred relacionados con la atención al paciente y bases de datos para la estadística de la unidad Kennedy, de acuerdo con la normatividad vigente</p>	<p>no aplica</p>
<p>22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 21. Se obliga a realizar actividades de Docencia Servicio e investigación cuando lo requiera la Subred de acuerdo al procedimiento establecido para ello.</p>	<p>Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención</p>	<p>no aplica</p>
<p>1. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual. 2. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 3. Conocer y aplicar las políticas institucionales. 6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas. 14. Se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciera sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato previo seguimiento y notificación del supervisor. 16. Cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.</p>	<p>Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la misión institucional</p>	<p>Atención integral</p>
<p>"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 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 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. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 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. 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 4. Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda. 18. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje."</p>	<p>Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención</p>	<p>Estudios estadísticos y consolidado de información para optimizar el recurso de la institución</p>

<p>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.3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 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 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 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 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. 8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 11. Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 22. El CONTRATISTA se obliga a prevenir el abuso y el acoso sexual, a denunciar cuando tenga conocimiento de casos de violencias basadas en género y hacer un uso no sexista del lenguaje.</p>	<p>Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnóstico y terapéutica de acuerdo a cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional.</p>	<p>Se alimenta la información en la historia clínica</p>
<p>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. 9. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.</p>	<p>Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la misión institucional</p>	<p>Atención integral</p>
<p>FARHI ALONSO DELGADO MEDINA 79958427 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

SAMUEL JESUS RODRIGUEZ URUEÑA

NIT: 79506911-5

Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA

Persona Natural

CR 65 100 15 TO 3 AP 502, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 11121

Tel. 3142910137

Email. samuel_jesusrodriguez@yahoo.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764087422513 válida desde 2025-01-20 hasta 2027-01-20 rango desde FESR-1 hasta FESR-500.

NO SOY GRAN CONTRIBUYENTE NI AUTORRETENEDOR
ACTIVIDAD ECONÓMICA 8621

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT :	900959048-4
Dirección:	CL 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 11121
Teléfono:	6014546800
Email:	facturacionelectronica@subdersuroccidente.gov.co
Tipo de negociación:	Contado
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Total de Líneas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	FESR - 1												
MONEDA:	COP Colombia, Pesos												
HORA EMISIÓN:	18:20:03-05:00												
FECHA FIRMADO:	20/01/2025 18:20:05												
FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO												
<table><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>20</td><td>01</td><td>2025</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	20	01	2025	<table><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>--</td><td>--</td><td>--</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	--	--	--
DIA	MES	AÑO											
20	01	2025											
DIA	MES	AÑO											
--	--	--											

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	HON	HONORARIOS Servicio Médico Especialista Cuidado Intensivo	HUR	142,00	\$86.666,00				0,00	\$12.306.572,00

Notas:	Subtotal:	\$12.306.572,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$12.306.572,00

SON: (doce millones trescientos seis mil quinientos setenta y dos pesos)
CUFE: ec6ef73ff452d5c36a1e97ce552486d7ee584308d41bae7940e78703609768fced3ec93e7d6693ef6a653a78dd11973

PARA PAGOS FAVOR CONSIGNAR EN EL BANCO BBVA CUENTA DE AHORRO NUMERO 00130086000200004143 A NOMBRE DE SAMUEL JESUS RODRIGUEZ URUEÑA

Firma Digital: okiTK/bl0gp/dxYoDUOy4CpSMAUK/5SNzbOlwoYq6RzWv84eqrTNLwMTNZ4NNPa
qNPbKKSaU/uAAZk8RiOIKIGqHesQ3KhJh12SzK7U6+G7qkBL
XikEvSAN616HbF C/KjnRd+W3r2lXK+4t5dzZAQxdnPTHpsRkK6Y8VM5MoPs6yk3oMPz4xkxSYmRu jxzVtOzmYi3GODJlUw+wgpqY/R2r/4Lo18/
Uis/NkXiBrDyWEBrmiWZwtVflxX4 Rk53QmJouKmT3/2R5ikBQdxL6mEAnXxkkNpDT2UmOYgjcFzDloPDokI0P0ookm ATFTlLgT1d0IEKZmVHw6
gQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SAMUEL JESUS RODRIGUEZ URUEÑA identificado(a) con CC. 79506911 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	2006/02/01
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	B

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 20 días del mes de 01 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

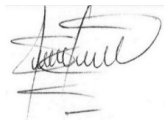
Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SAMUEL JESUS RODRIGUEZ URUEÑA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79506911**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2004** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de enero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **SAMUEL JESUS RODRIGUEZ URUEÑA** identificado con **CC No. 79506911**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E - NI. 900959048	Fecha de inicio de cobertura: 22/01/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/01/2025 Fecha fin de Contrato: 31/01/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011547966.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **SAMUEL JESUS RODRIGUEZ URUEÑA** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 79.506.911** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130086000200004143** aperturada el **18 de diciembre de 2024**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **086004143**

10 dígitos: **0086004143**

16 dígitos: **0086000200004143**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **18 de diciembre de 2024** a las **09:38**, con destino a **Quien Interese**.

FIRMA AUTOGRAFICA

FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

BBVA COLOMBIA E ESTABLECIMIENTO BANCARIO