

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Diego Mauricio Castro Quintero					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1026279834
CORREO ELECTRONICO:			dmcastroq@unal.edu.co			CELULAR:		3188694078
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT PSIQUIATRÍA USS NUEVAS DELICIAS			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA15A17	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			69152490097				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		171			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	200	FECHA	2025-01-24 15:21:25.000	NÚMERO DE CRP	13815	FECHA	2025-01-31 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- PSIQUIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-01-15			2025-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$8,004,000				
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:						\$9,696,800		
VALOR EJECUTADO						\$8,004,000		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$8,004,000		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$1,692,800		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						83%		
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		
83451073	\$4,922,629	\$615,329	\$787,621	3	\$119,915	\$1,522,864		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
JAIME HUMBERTO CASTILLO 19319518 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
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	se realiza historia clinica de acuerdo a la norma establecida	historia clinica
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	"Se Cumplieron con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tienen relación con la ejecución del objeto del presente contrato "	historia clinica
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	Se registra en historia clinica las evoluciones, se hacen actas y se realizan informes cuando se requiere.	Historia clínica, evoluciones,actas,informes
4) Participar en la programación de actividades del área	Participar activamente en las jornadas de capacitación	acta de reunion
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	se realiza ficha de notificacion sivim, sisvecos, sivelce, vespa	Fichas de notificacion
6) 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 notifica en los formatos y se participa en reuniones en los casos en los que se requiere.	Actas, formatos
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Se dan indicaciones de manejo según protocolos y guías de la subred. Se proponen estrategias de manejo en reuniones de equipo.	Protocolos y guías de la subred Actas
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se diligencia la historia clínica y demás formatos que se requieran según los criterios y procedimientos de la subred.	Historia clínica, formatos e instrumentos
9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	consentimiento informado
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	se realiza seguimiento a pacientes con algun tipo de dependencia de sustancias psicoactivas	historia clinica, actas estudios de caso
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se socializa plan de intervención al usuario y su familia,se dan indicaciones terapeuticas o plan casero durante el proceso y al egreso	Historia clínica, evoluciones,planes caseros.
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran	se diligencia la historia clinica, y demas formatos que se requieran	Historia clinica
13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Se promueve el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Subred.	Actas de participación
14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	se elabora informe de acuerdo al requerimiento del supervisor del contrato	actas de reunion
15) 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 realiza adecuado uso de los recursos fisicos	actividad realizada al inicio, durante y al final de la consulta
16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	se participa en las jornadas de capacitacion seguridad al paciente, LSC, conexión conla gerente, encuentros de aprendizaje continuo.	actas de reunion
17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Se siguen los procedimientos establecidos por la Subred para la ejecución de las funciones.	Actas de cumplimiento a protocolos, guías y procedimientos de la subred.
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	se esta a la disposicion en el momento de su requerimeintro	acta de reunion
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	se diligencia historia clinica en sistema de dinamica cumpliendo con lo establecido por la subred.	historia clinica
20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Se participa en laa actividades asignadas por la subred según requerimeinto	Actas de participación
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	se desarrollara esta actividad de acuerdo a la suolicitud de la subres	Actas
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	se entrega al supervisor de contrato las constancias de pago al sistema de seguridad social, arl y salud	cuenta en suresoc
23)Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Se realizan las demas actividades asignadas.	Actas y soportes que se requieran

JAIME HUMBERTO CASTILLO
19319518
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

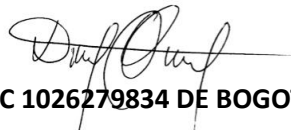
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIEGO MAURICIO CASTRO QUINTERO

C.C 1026279834 DE BOGOTA

La suma de ocho millones cuatro mil pesos m/c \$ 8.004.000 por concepto de: prestación de servicios como Psiquiatra en la Unidad de Servicios de Salud Nuevas Delicias durante el periodo de 15 al 31 de enero del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 171-2025.



C.C 1026279834 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 69152490097

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Avanzar al contrato

E3

UTC -5 12:41:32

DIEGO MAURICIO CA.

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Búsqueda

Buscar

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

PorcentajeRecepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?☐ Sí ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	DICIEMBRE 2024.pdf	DICIEMBRE 2024.pdf	Proveedor

DescargarDetalle

BorrarCargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1026279834	DIEGO MAURICIO CASTRO QUINTERO		CL 29 4 02	3188694078	dmcastroq@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	20/01/2025	83451073	\$1.394.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	560.000	0		0		0	10	3.600	0	563.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	716.800	0	0	0	0	10	4.500	0	721.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	109.200				109.200	10	700	109.900			1.092	109.900	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	560.000	563.600
Pensión	1	716.800	721.300
Riesgos Laborales	1	109.200	109.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.386.000	1.394.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026279834	DIEGO MAURICIO CASTRO QUINTERO		CL 29 4 02	3188694078	dmcastroq@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	20/01/2025	83451073	\$1.394.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026279834	CASTRO QUINTERO DIEGO MAURICIO	59	0		N								X										25-14	4.480.000	716.800	0	0	0	0	EPS005	4.480.000	560.000	14-23	4.480.000	3	109.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA