

					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:			JAIME JESUS NAVARRO NAVAS					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		73152033
CORREO ELECTRONICO:			jajena@hotmail.com			CELULAR:		2487707
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT PSIQUIATRÍA USS 51 ZONA FRANCA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO08A17	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			450770053624				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3133			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	7752	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- PSIQUIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-01-01			2025-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,892,650				
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:						\$49,462,604		
VALOR EJECUTADO						\$46,088,976		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,892,650		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$3,373,628		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						93%		
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		
1068689311	\$1,557,060	\$194,633	\$249,130	3	\$37,930	\$481,692		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
LILIANA CASTIBLANCO MOSOS 52619353 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
. Realizar la Consulta Externa y Hospitalización de Psiquiatría según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón y/o donde el supervisor del contrato lo requiera.	realicé las actividades y procedimiento diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral del cuidado del paciente	Se atiende consulta programada por medio de la consulta de Psiquiatría en la modalidad presencial , se realizo el ejercicio medico profesional usando las herramientas diagnosticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente
Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente , y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro medico.	cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica	se realizo diligenciamiento de la historia clínica y sus anexos dentro del marco legal y ético según Resolución 1995 de 1999
Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia.	Me adhiero a las guias de manejo clínico y procedimientos que tiene la institución	realizo la atencion de pacientes segun las guias de manejo clínico y procedimientos que tiene la institución
En caso de presentarse dificultades par asistir a la consulta programada debera informar oportunamente al Supervisor del Contrato y garantizar la reprogramacion de la Agenda.	Planeo la consulta y evito la reprogramación de agendas	Envío programación de agendas planeadas para evitar reprogramación
Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	Se cumplio oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio	Se cumplio la programacion de la consulta según agenda programada
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.	Participó en el proceso de acreditación en salud del hospital. Ejecutó las actividades según criterio de auto control	asistencia a las reuniones programadas que coinciden con la agenda de psiquiatría
Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia , manejo integral de residuos , entre otros.	Registro en la historia clínica la reconciliación medicamentosa de los pacientes, Registro el riesgo clínico y de seguridad del paciente en la historia clínica .	Registro en la historia clínica la reconciliación medicamentosa de los pacientes, Registro el riesgo clínico y de seguridad del paciente en la historia clínica
Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez , seguridad, vocación de servicios , equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia , integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	me adhiero a estrategia de trato humanizado a los pacientes y familiares	se brinda un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez , seguridad y vocación de servicio.
Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Participo en el proceso de acreditación en salud del hospital.Ejecuto las actividades según criterio de autocontrol .	se registra los procesos de habilitacion y/o acreditacion implementados el la subred integrada de servicios de salud suroccidente
Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestacion del servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	me adhiero a la estrategia de reporte de los eventos adversos que se presenten.	se reportan los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicio.
. Participar activamente en la programación de actividades de su especialidad a las que sea convocado	me adhiero la programación de actividades de la especialidad a las que sea convocado	cumplo la programación de actividades de la especialidad a las que sea convocado
Presentación de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades en el aplicativo Suresoc.	Planeo y programo cuenta de cobro y de actividades en el aplicativo de suresoc	presento cuenta de cobro acompañada de informes de actividades en el aplicativo suresoc
Realizar seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo y presentar dentro de los 10 días siguientes el plan de mejoramiento que sea requerido	planeo seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo y presentar dentro de los 10 días siguientes el plan de mejoramiento que sea requerido	presento seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo y presentar dentro de los 10 días siguientes el plan de mejoramiento que sea requerido
Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad, asi como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos.	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	Buen uso de equipos
Alimentar permanentemente los sistemas de informacion que estan a su cargo y mantenerlos al día	participo en el proceso de alimentar permanentemente los sistemas de informacion que estan a su cargo y mantenerlos al día	registro y alimento permanentemente los sistemas de informacion que estan a su cargo y mantenerlos al día
Cumplir con los estándares de Acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución.	Participó en el proceso de acreditación en salud del hospital. Ejecutó las actividades según criterio de auto control	registro y aplico los estándares de acreditación de tal manera que permitan el desarrollo contractual y favorezcan el proceso de acreditación al interior de la institución
Uso adecuado de bata elemento de proteccion personal y carnet instutucional segun lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el contexto de seguridad del paciente	Me adhiero a la estrategia de utilizar la bata y retirarla cuando este fuera de la institución, o en área de alimentación	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné según lineamiento institucional.
Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	planeo participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	participo en el asegurate "comite seguridad de paciente

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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

SURESOC-2025

Dashboard

perfil

Datos Personales

Cuenta de Cobro

OPS

Dinámica / Contratación

Activar Base Poblacional

Administrativo

Asistencial

JAIME JESUS NAVARRO NAVAS

MEDICO ESPECIALISTA- PSIQUIATRA

Contrato Actual: 3133-2024

2487707 | jajena@hotmail.com

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

No. de documento
73152033

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
450770053624

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 19/02/2025.

RELACION DE CUENTAS 220689

Buscar

CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
226689	3133	2025-01-01 / 2025-01-31	\$46,083,916	\$3,892,650	93.18	\$3,373,628	APROBADA	
223350	3133	2024-12-01 / 2024-12-31	\$42,396,326	\$3,892,650	85.31	\$7,266,278	APROBADA	
218641	3133	2024-11-01 / 2024-11-30	\$38,303,616	\$3,892,650	83.73	\$7,442,080	APROBADA	
213641	3133	2024-10-01 / 2024-10-31	\$34,411,026	\$3,892,650	83.87	\$6,617,205	APROBADA	
206829	3133	2024-09-01 / 2024-09-30	\$30,518,316	\$3,892,650	74.38	\$10,330,135	APROBADA	

Filas por página: 1 - 5 de 20

ATENCIÓN DE LOS USUARIOS Y NUESTROS CONTRATISTAS

LABORANDO REGIONAL

CONTRATANDO REGIONAL

Buscar

7:38 a. m.
13/02/2025

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JAIME JESUS NAVARRO NAVAS

C.C.73.152.033 DE Cartagena

La suma de \$ 3.892.650 (tres millones ochocientos noventa y dos mil seiscientos cincuenta mil pesos) por concepto de: Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Psiquiatría en el Área de consulta externa del CAPS zona franca, con un total de 60 horas, valor hora de \$ 77.853 durante el periodo de 01 al 31 de Enero del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3133-2024

JAIME JESUS NAVARRO NAVAS

C.C.73.152.033 DE Cartagena

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 45070053624

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte: 2025-01-30, 11:02:37 AM | Tipo Planilla: 1 | Numero Planilla: 1008890311

Periodo Cotización: 202412 | Periodo Servicio: 202412

Cliente:

PAGADA 2025-01-08 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIME JESUS NAVARRO NAVAS				
Documento	CC 73152033	Dirección	CRA 4 A N 54-32 APTO 504		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4759319		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.		
Representante Legal					

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 73152033	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	SR	SR			NAVARRO NAVAS JAIME JESUS	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Nómina		Pensión		Salud		Riesgos		Caja		Prestaciones	
Concepto	Valor	Concepto	Valor	Concepto	Valor	Concepto	Valor	Concepto	Valor	Concepto	Valor
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

IV. TOTALES

Total Aportes Pension	Total Aportes PSP	Total Aportes PSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Caja	Total Aportes SENIA	Total Aportes CSMP	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
\$ 1.043.980	\$ 33.300	\$ 32.500	\$ 812.300	\$ 106.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.075.980

Lineas de Servicio FonSIMPLE: Bogotá 601 4446834 - Call: 602 5640577 - Medellín: 604 5146869 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 606 6946444 - Pereira: 606 3422582 - Barranquilla: 605 3618860 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1