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:	ARGEMIRO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	7593328	
CORREO ELECTRONICO:	cantilloargemiro@yahoo.com				CELULAR:	7560505	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62483915573				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	765			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	147	FECHA	2025-01-20 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15710	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-02-01		2025-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,345,948				
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:	$25,383,792
VALOR EJECUTADO	$6,345,948
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,345,948
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$19,037,844
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	25%

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
9481503243	$2,191,441	$273,930	$350,631	3	$53,383	$677,944

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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
Realizar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada.	PRACTICO LAS INTERVENCIONES Y VALORACIONES MÉDICAS DE ACUERDO A PROTOCOLOS, GUIAS INSTITUCIONALES	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPS - FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente.	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS DE FORMA OPORTUNA Y COMPLETA ACORDES A MIS ACTIVIDADES REALIZADAS	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPSFORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas con el fin de dar cumplimiento a las metas de rendimiento y productividad, realizando la reposicion de inasistentes.	PRACTICO LAS INTERVENCIONES Y VALORACIONES MÉDICAS DE ACUERDO A PROTOCOLOS, GUIAS INSTITUCIONALES Y NORMATIVIDAD PRESENTE	CUMPLIMIENTO DE METAS DE RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD , SE REALIZAN ESTRATEGIAS CON PLAN PADRINOS (FACTURADORES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA) PARA LA REPOSICIÓN DE INSISTENTES ; PARA EL MES DE FEBRERO -2025 SE TIENE PROYECTADO EJECUTAR 467 CONSULTAS SEGÚN LAS HORAS PROYECTADAS EN CONSULTA
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades.	REALIZAR Y FORMULAR ACCIONES DE PREVENCION /CORRECTIVAS LOS PLANES DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	REALIZAR Y FORMULAR ACCIONES DE PREVENCION /CORRECTIVAS LOS PLANES DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado.	PRACTICO LAS INTERVENCIONES Y VALORACIONES MÉDICAS DE ACUERDO A PROTOCOLOS, GUIAS INSTITUCIONALES	EDUCACIONES INDIVIDUALESDETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS – CUMPLIMIENTOS DE METAS ASIGNAFAS, REALIZAR DEMANDA INDUCIDA VACUNACION: EFECTIVA: 2 DEMANDA INDUCIDA CITOLOGIA: EFECTIVA: 1
Realizar el optimo proceso de traslado internos del paciente cuando se requiera a servicios de mayor complejidad de acuerdo con la normatividad vigente.	REALIZO LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS PACIENTES CUANDO ESTOS LO REQUIEREN CON APLICACION DE LAS ESTRATEGIAS DE SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON NORMATIVIDADES VIGENTES	FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ANEXO 3 EN INTRANET
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente .	REAIZAR REPORTES DE EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DE MANERA OPORTUNA ESTABLECIDAS EN LA NORMATIVA VIGENTE	NOTIFICACIONES A SIVIGILA SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	APLICO LOS LINEAMIENTOS, NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO	EDUCACIONES INDIVIDUALESDETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas	PRESENTACIÓN DE INFORMES PERIÓDICOS EN CADA REUNIÓN	ASISTENCIA A LA RAC DE MEDICINA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales se convoque .	PARTICIPO EN LAS DIFEFENTES ACTUALIZACIONES DE PROCESOS Y DE PROCEDIMIENTOS QUE ESTEN A CARGO DE MI ACTIVIDAD	ENTREGA AL LIDER INMEDIATO SEGÚN LA CAPACITACION DADA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además utilizar los mismos aplicativos de mesa de ayuda, almera y reporte de suceso de seguridad.	APLICO LOS LINEAMIENTOS, NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO UTILIZANDO LOS APLICATIVOS DE MESA DE AYUDA , ALMERA Y REPORTE DE SUCESO DE SEGURIDAD	EDUCACIONES INDIVIDUALES DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS, MESA DE AYUDA Y SUCESO DE SEGURIDAD
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	SE GARANTIZA LA CUSTODIA DE LA INFORMACIÓN Y LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LOS SOPORTES QUE SE GENERAN EN LAS ACTIVIDADES	• ENTREGA OPORTUNA DE HISTORIAS CLINICAS MANUALES E HISTORIAS EN SISTEMA INFORMACION

Copia Certificada Subred Suroccidente

Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios concertados , de igual manera si llega a presentar un caso de fuerza mayor que le impida asistir a la consulta	MANTENER COMUNICAICON CON EL SUPERVISOR Y NOTIFICACIÓN OPORTUNA A LA LÍDER DE EL ESTADO DE LAS AGENDAS Y SERVICIOS PROGRAMADOS	INFORMO AL SUPERVISOR SI SE PRESENTA UN CASO FORTUIRO O FUERZA MAYOR QUE IMPIDA LA ASISTENCIA A CONSULTA-AUTOCONTROL EN REVISION DE AGENDAS DIARIO Y OFICIO DE INFORMACION AL SUPERVISOR
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	DILIGENCIO EL CONSETIMIENTO INFORMADO ACORDE A CADA PROCEDIMIENTO	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO- ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA RAC DE MEDICINA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	APOYO EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA RAC DE MEDICINA
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	RESPONDO POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y LOS ENTREGO A LAS PERSONAS ENCARGADAS EN CASO DE TERMINACION DE CONTRATO	ACTA DE RECIBO Y ENTREGA DE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PUESTO DE TRABAJO
Realizar el proceso de limpieza y desinfeccion entre paciente y paciente con su debido registro , en el consultorio asignado, de igual manera garantizar el uso de la bata blanca (sin escudos o nombres de otras instituciones) en consulta y hacer uso del carne institucional.	- REALIZAR PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION ENTRE PACIENTES Y REALIZAR LOS REGISTROS - PORTAR BATA BLANCA Y USO DE CARNET INSTITUCIONAL EN LA INSTITUCION	- REGISTRO EN EL FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION- USO DE BATA BLANCA Y CARNET EN LAS INSTALACIONES
Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc.	ADJUNTAR LA CONSTANCIA DE AFILIACION Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PENSIONES Y RIEGO PROFESIONALES MENSUALMENTE A LA CIENTA DE COBRO APLICATIVO SURESOC	ANEXO A CUENTA DE COBRO EN EL APLICATIVO SURESOC LOS SOPORTES DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSION Y RIESGO PROFESIONALES DE FORMA MENSUAL
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	REALIZO LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SON ASIGNADAS ACORDES CON EL CONTRATO	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA RAC Y LSC DE MEDICINA
Estar presto a la demas necesidades que se requieran	ACTUAR SIN DEMORA, MOSTANDO ACTITUD PROACTICA Y RESOLUTIVA A LAS DEMAS NECESIDADES REQUERIDAS ACORDES CON EL CONTRATO	ASISTENCIA Y PARTICIPACION ACTIVA EN LA RAC Y LSC DE MEDICINA

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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 Controlada Subred Sur Occidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ARGEMIRO CESAR CANTILLO OROZCO
C.C 7593328 DE PIVIJAY MAGDALENA

La suma de **Seis millones trescientos cuarenta y cinco mil novecientos cuarenta y ocho** pesos ($ 6.345.948) por concepto de: Prestación de servicios de salud médicos en consulta externa de la USS Villa Javier de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, durante el periodo de 1 al 28 Febrero Del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No : 765-2025



ARGEMIRO CESAR CANTILLO OROZCO
C.C 7593328 DE PIVIJAY MAGDALENA
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA
NUMERO 62483915573

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7593328		CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 55 No. 77- SANTA CECILIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1252596371	9481503243	I	2025/02/07	2025/02/10	BANCOLOMBIA	3	$3,248,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,150,000	$1,725,600			$10,150,000	$1,268,800			$0	$0			$10,150,000	$247,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,150,000	$1,725,600			$10,150,000	$1,268,800			$0	$0			$10,150,000	$247,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$10,150,000	$1,725,600			$10,150,000	$1,268,800			$0	$0			$10,150,000	$247,300		$0	$0
1	CC 7593328	CANTILLO ARGEMIRO	25-14	30	$10,150,000	$1,725,600	EPS005	30	$10,150,000	$1,268,800		0	$0	$0	14-11	30	$10,150,000	$247,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$10,150,000	$1,725,600			$10,150,000	$1,268,800			$0	$0			$10,150,000	$247,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7593328		CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 55 No. 77- SANTA CECILIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1252596371	9481503243	I	2025/02/07	2025/02/10	BANCOLOMBIA	3	$3,248,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,725,600	$3,700	$0	$1,729,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,725,600	$3,700	$0	$1,729,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$247,300	$500	$0	$247,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$247,300	$500	$0	$247,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,268,800	$2,600	$0	$1,271,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,268,800	$2,600	$0	$1,271,400
TOTAL				**1**	**$3,241,700**	**$6,800**	**$0**	**$3,248,500**