

					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:			Mitchell Stasy Aguirre Mendoz					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1031183502
CORREO ELECTRONICO:			Mitchellaguirre.12@gmail.com			CELULAR:		3112459699
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT MEDICINA GENERAL USS 17 TRINIDAD GALÁN			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU41A10	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			488403394932				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4467				VIGENCIA		2025
NÚMERO DE CDP	2297	FECHA	2025-11-21 08:36:27.000	NÚMERO DE CRP	53725	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-12-01			2025-12-31	
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:						\$6,345,948		
VALOR EJECUTADO						\$6,345,948		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$6,345,948		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
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		
92201065	\$2,538,379	\$317,297	\$406,141	3	\$61,835	\$785,273		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ 52705161 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
Se realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Se realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente	Se realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente
Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.
Se realizó la Consulta Externa de Medicina general, según la agenda programada con oportunidad y calidez.	Se realizó la Consulta Externa de Medicina general, según la agenda programada con oportunidad y calidez.	Se realizó la Consulta Externa de Medicina general, según la agenda programada con oportunidad y calidez.
Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
Se diligenció y llenó completamente la Historia clínica Dinámica y los diferentes formularios y registros estadísticos con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad de acuerdo a lo establecido en la Institución y la normatividad vigente.	Se diligenció y llenó completamente la Historia clínica Dinámica y los diferentes formularios y registros estadísticos con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad de acuerdo a lo establecido en la Institución y la normatividad vigente.	Se diligenció y llenó completamente la Historia clínica Dinámica y los diferentes formularios y registros estadísticos con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad de acuerdo a lo establecido en la Institución y la normatividad vigente.
Se reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Se reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Se reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.
Se notificaron las fallas tanto en sistemas como fallas en la ejecución de sus obligaciones contractuales que se presenten en el servicio.	Se notificaron las fallas tanto en sistemas como fallas en la ejecución de sus obligaciones contractuales que se presenten en el servicio.	Se notificaron las fallas tanto en sistemas como fallas en la ejecución de sus obligaciones contractuales que se presenten en el servicio.
Participe en los análisis a lo que sea convocado e implemente las acciones de mejora definidas para el servicio.	Participe en los análisis a lo que sea convocado e implemente las acciones de mejora definidas para el servicio.	Participe en los análisis a lo que sea convocado e implemente las acciones de mejora definidas para el servicio.
Se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
Digite los Registros Individuales de Servicios RIPS y demás formatos de la subred indicados por el Supervisor del Contrato y adherencia al plan de contingencia manual establecido en la subred sur occidente.	Digite los Registros Individuales de Servicios RIPS y demás formatos de la subred indicados por el Supervisor del Contrato y adherencia al plan de contingencia manual establecido en la subred sur occidente.	Digite los Registros Individuales de Servicios RIPS y demás formatos de la subred indicados por el Supervisor del Contrato y adherencia al plan de contingencia manual establecido en la subred sur occidente.
Se diligencio el consentimiento informado en su totalidad cuando el paciente no acepte por voluntad propia su traslado.	Se diligencio el consentimiento informado en su totalidad cuando el paciente no acepte por voluntad propia su traslado.	Se diligencio el consentimiento informado en su totalidad cuando el paciente no acepte por voluntad propia su traslado.
Se informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención que requiere	Se informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención que requiere.	Se informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención que requiere.
Se emitieron conceptos médicos requeridos	Se emitieron conceptos médicos requeridos	Se emitieron conceptos médicos requeridos
Participe activamente y apoyó el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con las actividades y capacitaciones programadas.	Participe activamente y apoyó el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con las actividades y capacitaciones programadas.	Participe activamente y apoyó el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con las actividades y capacitaciones programadas.
Se diligenció el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Se diligenció el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Se diligenció el consentimiento informado acorde al procedimiento.
Se elaboró informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que éste certifique el cumplimiento.	Se elaboró informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que éste certifique el cumplimiento.	Se elaboró informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que éste certifique el cumplimiento.
Participe en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participe en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participe en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.
Conozco y di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.

Apoye a la Subred en las actividades que demande tales como semana de seguridad al paciente, humanización, plataforma estratégica y demás actividades programadas.	Apoye a la Subred en las actividades que demande tales como semana de seguridad al paciente, humanización, plataforma estratégica y demás actividades programadas.	Apoye a la Subred en las actividades que demande tales como semana de seguridad al paciente, humanización, plataforma estratégica y demás actividades programadas.
Di cumplimiento a la meta establecida de actividades a realizar en el mes.	Di cumplimiento a la meta establecida de actividades a realizar en el mes.	Di cumplimiento a la meta establecida de actividades a realizar en el mes.
Hice uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	Hice uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	Hice uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.
Me adherí a las Guías de práctica clínica y según las auditorías realizadas cumplir con los planes de mejora.	Me adherí a las Guías de práctica clínica y según las auditorías realizadas cumplir con los planes de mejora.	Me adherí a las Guías de práctica clínica y según las auditorías realizadas cumplir con los planes de mejora.
CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ 52705161 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		