

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                       |        |                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE      |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1005626206        | JUAN PABLO PEREZ CANO |        | Calle 129 # 8-8 | 7587056            | juanpabloperezc2001@hotmail.com     |
| 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      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 10/02/2026               | 40433152        | \$789.300     |     |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS010     | EPS Sura | 800088702-2 | 317.400                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 7         | 1.500                 | 0              | 318.900       | 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 | 406.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 7         | 1.900                 | 0              | 408.200       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11      | ARL SURA | 890903790-5 | 61.900                 |                  |       |                        | 61.900                | 7         | 300                   | 62.200              |                            |                     | 619               | 62.200        | 1             |

### TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|            |        |     |              |           |                   |               |               |

### TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 7         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 317.400                             | 318.900        |
| Pensión             | 1                              | 406.300                             | 408.200        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 61.900                              | 62.200         |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>785.600</b>                      | <b>789.300</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                       |        |                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE      |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1005626206        | JUAN PABLO PEREZ CANO |        | Calle 129 # 8-8 | 7587056            | juanpabloperez2001@hotmail.com      |
| 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  |               |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC           |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1         | 0             |  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 |           | TOTAL A PAGAR |  |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 10/02/2026               | 40433152        | \$789.300 |               |  |

**DETALLE POR COTIZANTE**

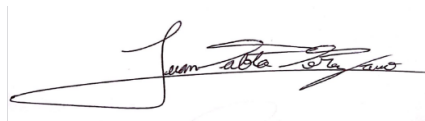
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       | INFORMACIÓN NOVEDADES |  |           |         |            |                  |           |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |      |     |    | SALUD |      |     | RIESGOS LABORALES |            |           | CCF     |            |                       | PARAFISCALES         |                                |                                 |           |         |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------|--|-----------|---------|------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|------|-----|----|-------|------|-----|-------------------|------------|-----------|---------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres   |  | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT     | SILN | ISE | MA | MAA   | ASAP | VCT | IRL               | CORRECCIÓN | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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   | 1005626206            | PEREZ CANO JUAN PABLO |  | 57        | 0       |            | N                |           |     |     |     |     |     |     |     |         |      |     |    |       |      |     |                   | 25-14      | 2.539.000 | 406.300 | 0          | 0                     | 0                    | 0                              | EPS010                          | 2.539.000 | 317.400 | 14-11                  | 2.539.000 | 3       | 61.900          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           |            |

# PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBEA:**  
**JUAN PABLO PÉREZ CANO**  
**C.C 1.005.626.206 BARRANQUILLA**

La suma de \$6.536.412 (SEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS) por concepto de prestación de servicios como MEDICO GENERAL EN CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de 1 al 28 FEBRERO de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 1424-2026.



**JUAN PABLO PÉREZ CANO**  
**C.C 1.005.626.206 BARRANQUILLA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**  
**NUMERO 44202348987**

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS       |
|--------------------------|-------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC          |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 1005626206  |
| NOMBRES                  | JUAN PABLO  |
| APELLIDOS                | PEREZ CANO  |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/****  |
| DEPARTAMENTO             | BOGOTÁ D.C. |
| MUNICIPIO                | BOGOTÁ D.C. |

#### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD               | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-----------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | EPS SURAMERICANA S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/10/2025                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

Fecha de Impresión: | 02/25/2026 13:18:19 | Estación de origen: | 192.168.70.220

Homepage
Increase Contrast
UTC -5 13:20:40
JUAN PABLO PEREZ

Leads Manager
Sales Manager
Options
I Want To ...
Search

Work Area → Configuration Manager → Sales Contract Management → View Contract

**SalesContract saved successfully!**

**VIEW CONTRACT**

Contract Execution

Percentage  ItemReception

Contract Invoice

Registration authorization is needed?  Yes  No

| Payment ID        | Invoice Nr | Issue Date | Reception Date | Invoice Total Value | State |
|-------------------|------------|------------|----------------|---------------------|-------|
| No items found... |            |            |                |                     |       |

Contract Execution Documents

| Description              | File Name   | Uploaded by  |
|--------------------------|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO.pdf | Supplier <a href="#">download</a> <a href="#">Detail</a> |

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte Remoto](#) [Ayuda](#) 018000-52-0808 [www.columbiacompra.gov.co/soporte](http://www.columbiacompra.gov.co/soporte) Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
**Sur Occidente E.S.E.**

La información se registró satisfactoriamente, código para realizar seguimiento es 97507.

Aceptar

2026-02-25



2026-02-25 01:17 PM



**Nombre del Suceso de Seguridad**

**Sede que reporta**



|  |  |  |                         |  |   |  |
|--|--|--|-------------------------|--|---|--|
|    |  | Versión                                  | 3                       |  |  |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>   |  | Fecha de aprobación                      | 2/15/2018               |  |   |  |
|  |  | Código:                                  | 04-02-FO-0002           |  |   |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA  |  |  |                         |  |   |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:  |  | JUAN PABLO PEREZ CANO                    |                         |  |   |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:   |  | C.C                                      | X                       | C.E  | No.   | 1005626206   |
| CORREO ELECTRONICO:  |  | juanpabloperezc2001@hotmail.com          |                         |  | CELULAR:  | 3158259723   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:  |  |  |                         | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |   |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:  |  | C. EXT MEDICINA GENERAL USS VILLA JAVIER |                         |  | SEDE:   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE |
| CENTRO DE COSTOS:  | Centro de costo                        | %  |                         |  |   |  |
|  | PA35A10                                | 100                                      |                         |  |   |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:  | BANCOLOMBIA S.A                        |  |                         | TIPO DE CUENTA:  | AHORRO  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA  |  | 44202348987                              |                         |  | PENSIONADO  | NO   |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS   |  |  |                         |  |   |  |
| NÚMERO DE CONTRATO   |  | 5239                                     |                         |  | VIGENCIA  | 2025   |
| NÚMERO DE CDP  | 248                                    | FECHA                                    | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP  | 376   | FECHA 2026-01-09 00:00:00.000                            |
| OBJETO DEL CONTRATO:   | MEDICO GENERAL- SERVICIOS AMBULATORIOS |  |                         |  |   |  |
| PERIODO CERTIFICADO:   |  | DESDE                                    | FECHA INICIAL           | HASTA  | FECHA FINAL   |  |
|  |  |  | 2026-01-01              |  | 2026-01-31  |  |
| 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:  |  |  |                         | \$32,753,280   |   |  |
| VALOR EJECUTADO  |  |  |                         | \$26,407,332   |   |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA   |  |  |                         | \$6,345,948  |   |  |
| VALOR A LIBERAR  |  |  |                         | \$0  |   |  |
| SALDO POR EJECUTAR   |  |  |                         | \$6,345,948  |   |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN  |  |  |                         | 81%  |   |  |
| 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  |
| 92472015   | \$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 Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.  |  |  |                         |  |   |  |
| <p style="text-align: center;">IBET JUSSEFF MORA MURCIA<br/>52973584<br/>Supervisor</p>  |  |  |                         |  |   |  |
| 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..<br>Copyright © 2021   |  |  |                         |  |   |  |

| OBLIGACIÓN  | ACTIVIDADES  | PRODUCTOS   |
|---|--|---|
| Practicar las intervenciones y valoraciones médicas.  | 1. Practicar las intervenciones y valoraciones médicas.  | 18. Dar cumplimiento a las metas institucionales desde oportunidad, calidad de la atención y producción..   |
| Establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada   | 2. Establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada.  | 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.   |
| Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud.   | 3. Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud.   | 3. Conocer y aplicar las políticas institucionales.   |
| Prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo y vital de acuerdo con la normatividad vigente. | 4. Prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo y vital de acuerdo con la normatividad vigente. | 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.   |
| Realizar las actividades propias del servicio de consulta médica asistencial.   | 5. Realizar las actividades propias del servicio de consulta médica asistencial.   | 5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades previo seguimiento por parte del supervisor y tramite del área de financiera competente.  |
| Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente   | 6. Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente.  | 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.   |
| Formular y ejecutar las acciones preventivas, correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades   | 7. Formular y ejecutar las acciones preventivas, correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades   | 7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor.   |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales , planes y proyectos formulados. en el área o servicio asignado.                                    | 8. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales , planes y proyectos formulados. en el área o servicio asignado.                                    | 8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.  |
| Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.              | 9. Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.              | 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. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar. |
| Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.  | 10. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.   | 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.   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Participar junto con el equipo de salud, en la evaluación de la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.  | 11. Participar junto con el equipo de salud, en la evaluación de la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.   | 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.   |
| Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicándola estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente | 12. Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicándola estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.   |
| Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población  | 13. Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población   | 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.   |
| Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.   | 14. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.  | 14. El CONTRATISTA 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.  |
| Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio                    | 15. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio.                    | 15. En caso de ser designado como apoyo a la supervisión de un contrato, en atención a su competencia, experticia técnica, formación académica y/o idoneidad del perfil para el cumplimiento de un proyecto o convenio, o en caso de ser insuficiente el personal de planta para tal actividad, el CONTRATISTA se compromete a realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal seguimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico encomendado, dando cumplimiento al manual institucional . |
| Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.                             | 16. Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.                              | 16. El CONTRATISTA, 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.   |
| Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.  | 17. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.   | 17. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad en el formato establecido, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar por parte del supervisor el último servicio recibido.  |
| Dar cumplimiento a las metas institucionales desde oportunidad, calidad de la atención y producción   | 18. Dar cumplimiento a las metas institucionales desde oportunidad, calidad de la atención y producción..  | 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.  |

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