

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		deris dirley cuesta salazar					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	35600289		
CORREO ELECTRONICO:	deriscuesta@hotmail.com			CELULAR:	3204498562		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		URG PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS USS FONTIBÓN			SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO03B03	40	FO03J05	30	FO03I06	30	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		7380611421				PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO		2814		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	2646	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL	
				2025-11-01		2025-11-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,712,680			
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:	\$37,993,092
VALOR EJECUTADO	\$37,745,580
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3,712,680
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$247,512
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
8390864432	\$1,534,574	\$191,822	\$245,532	3	\$37,382	\$474,736

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Ejecuto del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Despues de valoracion inicial se registra recomendaciones y/o el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patologia en la historia clinica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Se realiza de forma cronologica y evolutiva la historia clinica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinamica Gerencial
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	Se deja registro en formato de recibo y entrega de turno de las acciones tomadas en la revista medica y los ajustes entregados al plan de intervencion terapeutica
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Se registra en la historia clinica la informacion al paciente y/o cuidador relacionado con la patologia del paciente y se realiza retroalimentación para verificar su comprensión
Llevar registro de la atención de las 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	Llevo registro de la atención de las 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	Registro en censos de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institucion
Participar en la programación de las actividades de la Subred	Participo en la programación de las actividades de la Subred.	Entrego registro fotografico de la participacion en el Encuentro de aprendizaje Continuo mes de NOVIEMBRE PACIENTE PROTEGIDO y del asegurate del mes tema ENCUESTA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Se deja registro de las tomas de muestras respiratorias que se encuentran dentro de los eventos de vigilancia epidemiologica dejando registro en historia clinica de las mismas
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.	Notifico 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.	Reporte de eventos de seguridad presentados durante la atención de los pacientes.
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Realizo apoyo con el personal interdisciplinario reportando las recomendaciones y cuidados que por su patologia requiera el paciente
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	Diligenciamiento completo de Libros de recibo y entrega de pacientes y/ o censos de acuerdo a los formatos y encabezados normalizados , firmas de quien entrega y recibe el servicio, realizo diligenciamiento de las historias clinicas en Dinámica
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	Realizo las intervenciones al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.	Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente.

Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Realizo aportes en el proceso de creación, actualización y/o socialización de guías, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitación.
Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades	Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	"Registro de informe de novedades de equipos biomédicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologías y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atención"
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	"Diligenciamiento adecuado de Historia Clínica Registro de atenciones e ingresos Diarios Registro de inventarios, formatos de limpieza y desinfección, Trazabilidad de equipos de Biomédicos, Registro cronológico en formatos de monitorero del paciente (uci)"
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	No aplica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	No aplica	No aplica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Atención a visitas de habilitación a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitación
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros días del mes, de acuerdo al servicio de atención a la Referencia de Rehabilitación para la consolidación en el sistema de información. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos.
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 mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Revisión de inventarios y equipos biomédicos del servicio durante el desarrollo de las actividades y durante la entrega de turno
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Entrego pantallazo de la participación del ASEGURATE ENCUESTA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.	Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de OCTUBRE - 2025
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Recibir la asignación de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitación

JONY MAURICIO FUENTES DIAZ
80505575
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

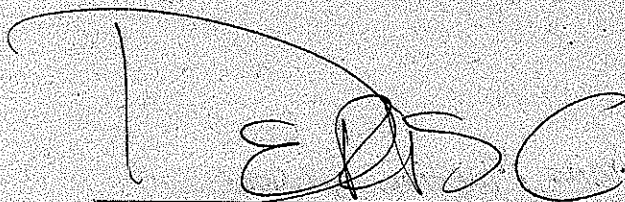
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

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

DEBE A:

DERIS DIRLEY CUESTA SALAZAR
C.C 35.600.289 DE QUIBDO

La suma de \$ 3.712.680, por concepto de Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Terapia Respiratoria, en el periodo del 01 al 30 de NOVIEMBRE del 2.025, de conformidad con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios No. 2814 - 2025.



DERIS DIRLEY CUESTA SALAZAR
C.C 35.600.289 DE QUIBDO

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 7380611421

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DERIS DIRLEY CUESTA SALAZAR
No. Identificación: CC35600289
Dirección: CRA 105F N 71A-04 APTO 401 INT 9
Telefono: 3023220288
Correo: DERISCUESTA@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8390864432

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DERIS DIRLEY CUESTA SALAZAR	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC35600289	Periodo de Cotización Salud	octubre de 2025
Número de planilla	8390864432	Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2025
Fecha pago	2025-11-18	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	90864432	Total Pagado	474900
Banco	1052	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	37400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	245600	1
EPS008	Compensar EPS	191900	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 35600289
 APELLIDOS Y NOMBRES: DERIS DIRLEY CUESTA SALAZAR

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1534574	1534574	1534574	0	191900	0	245600	0	37400	0