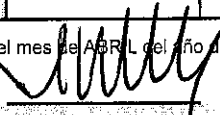
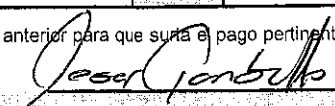


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión: 3	
		Fecha de aprobación: 15/11/2018	
		Código: 04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				CESAR ALEXANDER GARIBELLO SANCHEZ															
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1126257381										
CORREO ELECTRONICO:				GARIBELLOC/2706@HOTMAIL.COM				CELULAR:		3204715223									
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUBRED SUROCCIDENTE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ATENCIÓN DOMICILIARIA				SEDE:		TRINIDAD GALAN									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%						
		KE10118	100																
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros											
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				009270429658						PENSIONADO		No							
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2412-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3 DE 3							
NÚMERO DE CDP		29		FECHA		08/01/2020		NÚMERO DE CRP		14562		FECHA		31/01/2020					
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE MEDICINA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DÍA		MES		AÑO		HASTA		DÍA		MES		AÑO	
						1		4		2020				30		4		2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$6.032.724															
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0											
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:								\$18.098.172											
VALOR EJECUTADO								\$17.903.568											
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$6.032.724											
VALOR A LIBERAR								\$0											
SALDO POR EJECUTAR								\$194.604											
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								99%											
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:																			
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.																			
Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES													
41938613	\$2.413.090	\$301.700	\$386.100	4		\$687.800													
Dado en Bogotá a los (30) días del mes de ABRIL del año dos mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.																			
 DAVID EDUARDO PEÑA JIMENEZ LÍDER ATENCIÓN DOMICILIARIA				 CESAR ALEXANDER GARIBELLO SANCHEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA															

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Version	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	1-02-FO-0003



Ubicación del Servicio: ATENCION DOMICILIARIA

TRINIDAD GALAN

No. DE CONTRATO:

2412-2420

Periodo certificado desde el

NOMBRE DEL CONTRATISTA:

CESAR ALEXANDER GARIBELLO SANCHEZ

Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
1	4	2.020		30	4	2.020

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos SI NO Servicios: SI x NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Realizar la valoración clínica de los pacientes direccionados a atención domiciliaria.	SI	1) respuesta de interconsulta en el servicio	registro de historia clínica
2) Efectuar identificación del riesgo clínico de los pacientes atendidos en el servicio de atención domiciliaria	SI	2) evaluación del estado clínico del paciente y su diagnóstico con criterios de ingreso	registro de historia clínica
3) Recibir pacientes interconsultados de atención domiciliaria en forma documentada del médico tratante	SI	3) evaluación y evolución para ingreso a programa de atención domiciliaria	registro de evolución médica de ingreso a programa de atención domiciliaria
4) Establecer plan de manejo de cuidado en casa según las indicaciones de médico hospitalario tratante y las guías de práctica clínica	SI	4) revisión del plan de manejo y ajuste en casa explicando indicaciones a familia y la importancia de cumplimiento	historia clínica
5) Valorar paciente en la periodicidad que se requiera según la condición clínica del paciente.	SI	5) realizando visita médica domiciliaria examen físico y toma de signos vitales	visita a domicilio
6) Educar al paciente y su familia en el manejo de la enfermedad	SI	6) se explica al paciente durante visita domiciliaria su patología y su evolución en lenguaje coloquial	historia clínica
7) Participar de las reuniones del equipo de trabajo de atención domiciliaria para la revisión de casos o del proceso de atención domiciliaria.	SI	7) junta médica y entrega de pacientes durante entrega de turno	actualización de cuadro de entrega de turno
8) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SI	8) adecuado registro de evolución médica en historia clínica	historia clínica
9) Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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	SI	9) realización de registro en hoja de asistencia con firma de familiar durante visita médica domiciliaria y correcto diligenciamiento de epígrafos para realizar facturación	registro de hoja de asistencia en domicilio programa alta temprana
10) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	SI	10) revisión de historia clínica de datos corregidos del paciente	registro de evolución y registro de parámetros en historia clínica
11) Participar en la programación de actividades del área.	SI	11) asistencia a reuniones citadas por líder	actas de socialización
12) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	SI	12) reporte de eventos adversos	informe de coordinación
13) 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.	SI	13) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones	actas de socialización

15) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legalidad, oportunidad e integridad.	SI	15) diligenciamiento de formatos y papelería con letra legible	diligenciamiento de formatos de historia clínica, ordenes, solicitud de paracálculos y formularios, reporte de paracálculos en historia clínica
16) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	SI	16) explicar a paciente que se realizarán procedimientos en casa como paso de medicamento endovenoso y registro de	diligenciamiento de consentimiento informado
17) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	SI	17) evolución médica de los pacientes en visita médica domiciliaria	registro de evolución médica
18) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y proceso de atención domiciliaria. 18) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	SI	18) explicar a paciente y familia de su condición médica patología y evolución	evolución médica y registro en historia clínica
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	19) asistencia y participación en actividades de calidad	acta de seguridad al paciente
20) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SI	20) explicar a paciente sobre procedimiento en casa	registro de formato de consentimiento informado
21) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	21) reporte de datos completos del paciente para adecuado seguimiento	registro en base de datos
22) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de	SI	22) revisión de equipos biomédicos de la lonchera en entrega de turno y su correcto funcionamiento	revisión de insumos médicos en entrega de turno
23) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	23) asistencia a reuniones y capacitaciones citadas por líder	actas de socialización
24) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	SI	24) verificar que los procedimientos se lleven acabo de manera correcta	actas de socialización
25) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	SI	25) asistencia a actividades de la subred	actas de socialización
26) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SI	26) registro de evolución interconsulta en aplicativos dinámica enfermería	evoluciones médicas e interconsultas
25) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	25) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	certificados de afiliación
26) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI	26) cumplir con tareas asignadas por el líder	en caso de ser necesario

OBSERVACIONES

TOTAL A PAGAR LETRA Y NUMERO \$ 6.032.724 SEIS MILLONES TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO

CESAR ALEXANDER GARIBELLO SANCHEZ CC. 1126257381

Fecha : 30/04/2020

Firma de recibido supervisor:

Cesar Garibello

DAVID EDUARDO PENUELA JIMENEZ
LIDER ATENCION DOMICILIARIA

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1126237381	CESAR ALEXANDER GARIBELLO SANCHEZ	Carrera 721 bis N 40 c sur 50	21603555	garibello_2706@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					IMPUESTOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-03	2020-03	1	14/04/2020	41935613	\$587,800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS		88006942-7	301,700	0	0	0	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Protección)		800225739-0	366,100	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas			

TOTALES CALAS									
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	TOTALES POR SUBSISTEMA				
					Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, RPF y Mora	Total a Pagar	
0	0	0	0	0	Salud	1	301,700	301,700	
0	0	0	0	0	Pensión	1	366,100	366,100	
0	0	0	0	0	Riesgos Laborales	0	0	0	
0	0	0	0	0	CCF	0	0	0	
0	0	0	0	0	ESAP	0	0	0	
0	0	0	0	0	ICBF	0	0	0	
0	0	0	0	0	MEN	0	0	0	
0	0	0	0	0	SENA	0	0	0	
TOTALES						2	667,800	667,800	

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1126257381	CESAR ALEXANDER GARBELLO SANCHEZ	Carrera 721 Bk N 40 c sur 50	2180555	garbelloc.2706@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSIÓN)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO PLANILLA (DIAMENSIÓN)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UIC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2020-03	2020-03	1	14/04/2020	4193813	TOTAL A PAGAR \$697.800

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
No. de Identificación	Apellidos y Nombres									Colasno	Subtipo	Entidad	Colasno exterior	Reservado	ING	RET	TDR	TAE	TDP	TAP	VPR	SLN	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	BOG AFP	Cotización o Añadido	Volumen Aportante	Fondo pensional subsidencia	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	BOG ARL	Clase de Riesgo	Código CCF	IBC CCF	Agente parafiscals	Agente SENA	Agente ICBF	Agente ESAP	Agente MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
1	CC	1126257381	GARBELLO SANCHEZ CESAR ALEXANDER									3	0																	20201	2.413.060	386.100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0