

**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:                     | No hora Brigitte Alcalá Arguello             |    |                 |                 |            |  |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          | C.C  | X  | C.E             | No.             | 35479805   |  |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         | brigittealcala3@gmail.com                    |    |                 | CELULAR:        | 6212718837 |  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |    |                 | SUBRED          |            |  |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     | U. ESP UCI. INTERMEDIOS ADULTOS USS FONTIBÓN |    |                 | SEDE:           | SUBRED     |  |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo                              | %  | Centro de costo | %               |            |  |  |
|   | FO03J05                                      | 80 | FO03I06         | 20              |            |  |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         | BBVA COLOMBIA S.A                            |    |                 | TIPO DE CUENTA: | AHORRO     |  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   | 21308978                                     |    |                 | PENSIONADO      | NO         |  |  |

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

|                             |            |                     |                            |               |       |             |                            |
|-----------------------------|------------|---------------------|----------------------------|---------------|-------|-------------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO          | 3245       |                     |                            | VIGENCIA      | 2026  |             |                            |
| NÚMERO DE CDP               | 607        | FECHA               | 2026-02-18<br>14:36:30.000 | NÚMERO DE CRP | 13970 | FECHA       | 2026-02-23<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:        | TERAPEUTAS |                     |                            |               |       |             |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:        | DESDE      |                     |                            | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |                            |
|                             |            |                     |                            | 2026-04-01    |       | 2026-04-30  |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |            |                     |                            | \$3,824,100   |       |             |                            |
| TIPO DE SERVICIOS           | PIC        | 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: | \$13,303,619 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$8,413,020  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$3,824,100  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$4,890,599  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 63%          |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8368804460         | \$1,529,640       | \$191,205                | \$244,742              | 3         | \$37,262   | \$473,209     |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Daniel Arturo Jiménez Franco  
1020762516  
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  |
|--|---|--|
| 1) 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   |
| 2) 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 el 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 el 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                          |
| 3) 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   |
| 4) 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   |
| 5) 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  |
| 6) 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 el 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   |
| 7) 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 y asegurate mes de abril (pantallazo con evidencia del nombre del colaborador y fecha del encuentro)  |
| 8) 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  |
| 9) 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.  |
| 10) 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 patología requiera el paciente   |
| 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.   | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad y evaluacion de escala PERME   | 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 |
| 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.   | Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.   | Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE   |
| 13) 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.   |
| 14) 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, actualizacion y/o socializacion de guías, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitacion.  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 15) 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 biomedicos 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"   |
| 16) 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 Biomedicos, Registro cronológico en formatos de monitorero del paciente (uci)"            |
| 17) 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   |
| 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.   | No aplica  | No aplica   |
| 19) 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 Sur Occidente.   | Atención a visitas de habilitación a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitación   |
| 20) 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. |
| 21) 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 entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.   | Revisión de inventarios y equipos biomedicos del servicio durante el desarrollo de las actividades y durante la entrega de turno  |
| 22) 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 Encuentro de Aprendizaje Continuo mes de abril.  |
| 23) 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 de apoyar la implementación de los mismos.  | Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo  |
| 24) 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 marzo.   |
| 25) 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  |

Daniel Arturo Jiménez Franco  
1020762516  
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