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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	☒	C.E.		NO.		80.927.224	
CORREO ELECTRONICO:				DRJHONS@HOT-MAIL.COM				CELULAR:		3123798707	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUBRED SUR OCCIDENTE			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ATENCIÓN DOMICILIARIA				SEDE:		GUNDINAMARCA	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE10118-CV19	100								
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				462970006849				PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4600-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 de 5	
NÚMERO DE CDP				1052		FECHA		22/07/2020		NÚMERO DE CRP		32114	
						FECHA		31/07/2020					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de medico, 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.									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
						1	8	2020			31	8	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:										\$5.910.720			
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 o tributarios) es de anotar que para alivios tributarios se debe hacer llegar los soportes.													

CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		\$29.273.440
VALOR EJECUTADO		\$19.209.820
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$5.910.720
VALOR A LIBERAR		\$0
SALDO POR EJECUTAR		\$4.063.620
PORCENTAJE DE EJECUCION		65%

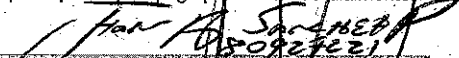
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

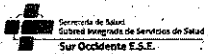
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
44699382	\$1.699.332	\$212.416	\$271.893	4		\$484.309

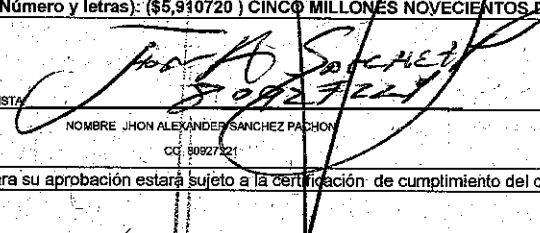
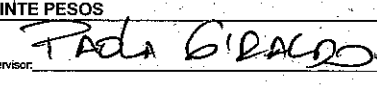
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de AGOSTO del año dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surja el pago pertinente. Cordialmente,


PAOLA CAROLINA GIRALDO PARRA
 LIDER ATENCION DOMICILIARIA


JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON
 CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	
---	--	--	---

Ubicación del Servicio:		ATENCIÓN DOMICILIARIA		Sede: CUNDINAMARCA															
No. DE CONTRATO:		4600-2020		Periodo certificado desde el		Día		Mes		Año		a		Día		Mes		Año	
						1		8		2.020				31		8		2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON				C. C.		80.927.221				DE		BOGOTA					
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area 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 <u>x</u> NO ____																			
OBLIGACIONES CONTRACTUALES				PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS								PRODUCTOS ENTREGADOS					
1) Realizar la valoración clínica de los pacientes direccionados por las unidades de servicios de salud y el CRUE para casos COVID-19				SI		valoracion clinica de pacientes sospechosos y con infeccion por nuevo coronavirus estipulados por unidades de servicios de salud y CRUE								HISTORIA CLINICA Y EVOLUCIONES					
2) Efectuar identificación del riesgo clínico de los pacientes atendidos en el servicio de atención domiciliaria				SI		clasificacion de riesgo clinico de pacientes atendidos en atencion domiciliaria.								HISTORIA CLINICA Y DRIVE DE ENTREGA DE TURNO					
3) Recibir pacientes interconsultados de atención domiciliaria en forma documentada del médico tratante.				SI		Respuesta de interconsultas realizadas a programa de atencion domiciliaria								HISTORIA CLINICA					
4) Establecer plan de manejo de cuidado en casa según las indicaciones de médico hospitalario tratante y las guías de práctica clínica.				SI		Se establece tratamientos medicos clinicos direccionados por medico hospitalario según guías de practica clinica								HISTORIA CLINICA					
5) Valorar paciente en la periodicidad que se requiera según la condición clínica del paciente.				SI		Seguimiento y valoracion de paciente según condicion clinica y riesgo clinico.								EVOLUCION DE LOS DIFERENTES PACIENTES VALORADOS EN EL TURNO					
6) Educar al paciente y su familia en el manejo de la enfermedad.				SI		Se realiza educacion medica a paciente y familiar acerca de tratamiento medico propuesto.								SE BRINDA EDUCACION VERBAL ASI COMO POR ESCRITO EN HISTORIA CLINICA					
7) Participar de las reuniones del equipo de trabajo de atención domiciliaria para la revisión de casos o del proceso de atención domiciliaria.				SI		Asistencia a ULC estipuladas por lider de convenio atencion domiciliaria para revision de casos clinicos y procesos de atencion domiciliaria								ACTAS DE SOCIALIZACIÓN					
8) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.				SI		Diligenciamiento de historias clinicas según las exigencias legales y eticas establecidas.								HISTORIA CLINICA					
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		Diligenciamiento de tablas de datos para el seguimiento de actividades propuestas por el programa de atencion medica domiciliaria								HISTORIA CLINICA					
10) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.				SI		Diligenciamiento de historias clinicas según las exigencias legales y eticas establecidas.								HISTORIA CLINICA					
11) Participar en la programación de actividades del área.				SI		Asistencia presencial a actividades propuestas por el programa de atención medica domiciliaria								ACTAS DE SOCIALIZACIÓN					
12) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.				SI		Diligenciamiento de fichas de notificacion obligatoria establecidas por la Subred								ACTUALIZACION DE CUADRO DE ENTREGA DE TURNO					
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		Informar acerca de falencias del servicio y participacion en acciones de mejora								SE REALIZARA INFORME VERBAL U/O ESCRITO					
14) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente				SI		Explicación de instrucciones al equipo de salud sobre procedimientos y tratamientos propuestos al paciente								HISTORIA CLINICA					
15) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.				SI		Diligenciamiento de historias clinicas y formatos establecidos por subred cumpliendo con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.								HISTORIA CLINICA					
16) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.				SI		Diligenciamiento de consentimientos informados según cada procedimiento propuesto al paciente								CONSENTIMIENTO INFORMADO					
17) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.				SI		Seguimiento y valoracion de paciente según riesgo clinico y condicion clinica.								HISTORIA CLINICA					
18) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y proceso de atención domiciliaria				SI		Educacion a paciente y familiares acerca de condicion medica del paciente y tratamiento medico propuesto.								HISTORIA CLINICA					
18) Emitir conceptos médicos que se le requieran				SI		Realizacion de conceptos medicos según lo requerido por el programa de atencion medica domiciliaria								HISTORIA CLINICA					
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.				SI		Cumplimiento de normatividad propuesta por Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.								HISTORIA CLINICA Y ADHERENCIA A GUIAS Y PROTOCOLOS DE LA SUBRED					

20) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SI	Diligenciamiento de consentimientos informados según cada procedimiento propuesto al paciente	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	Elaboración de informes acerca del desarrollo de actividades propuestas por líder del servicio de atención médica domiciliaria.	ACTUALIZACIÓN DE CUADRO DE ENTREGA DE TURNO
22) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	SI	Utilizo de forma racional elementos entregados por programa de atención domiciliaria y me comprometo a la entrega de dichos elementos finalizado el contrato.	HISTORIA CLINICA
23) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI	Participación presencia y virtual en jornadas de capacitación, inducciones, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales se convoco durante el mes	ACTAS DE SOCIALIZACIÓN
24) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	Cumplimiento de procedimientos establecidos por la Subred además de educación acerca de los mismos.	ACTAS DE SOCIALIZACIÓN
25) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	SI	Apoyo de actividades propuestas por la subred intrainstitucionales y extra-institucionales	ASISTENCIA A REUNIONES DE CAPACITACION, HISTORIA CLINICA, FORMATO DE ENTREGA DE TURNO
26) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	SI	Registro de actividades realizadas durante jornada laboral de acuerdo con el sistema de información de la Subred	FORMATO DE ENTREGA DE TURNO
27) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	Entrega de constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL
28) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI	cumplimiento de actividades propuestas por líder de atención médica domiciliaria	HISTORIA CLINICA- FORMATOS PROPUESTOS POR LA SUBRED
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$5,910720) CINCO MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS			
 CONTRATISTA NOMBRE JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON CC. 90927321		 Firma de recibido supervisor: PAOLA CAROLINA GIRALDO PARRA Fecha: 31/08/2020	

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	EXEMPTADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80927221	JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON	CRR 67 N 169 A 82 APT 105 TORR 1	4765098	DRJHONS@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCESORAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TÍPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO: PERSONAS				EMPL. LEAÑOS
2020-07	2020-07	1	13/08/2020	44699382	1
TOTAL A PAGAR					0
					\$742.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
-EPS008	Compañera EPS	66206942-7	300.000	0	0	0	0	0	0	0	300.000	1

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Colación Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colación	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201			384.000	0	0	0	0	0	0	384.000	
Protección (ING-Protección)-		PRO-23738-0	384.000	0	0	0	0	0	0	384.000	

TOTALER RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Vicio Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Peticiones Salida a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURCA	80070790-5	59,500			59,500	0		59,500			595	59,500	4

Código Cof	N. Nombre	NIT	Valor Aporte	Das Mon	Valor Meta Aporte	Total a Pagar	No Afiliados
<p style="text-align: center;">TOTALES COVAS</p>							

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
0	0	0	0	0	0
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
0	0	0	0	0	0
MEN					
0	0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradores	No. Administradores Reportados	Valores de ICE, LIMA, IPR y Mora
Salud	1	300.000
Pensión	1	384.000
Gastos Legales		58.500
CE		0
ES	0	0
ICP	0	0
M	0	0
S	0	0
TOTALES		742.500

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGO ANTERIOR (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
2020-07	2020-07	PERIÓDICO - PLAN VOTES	13/08/2020	44892382
				TOTAL A PAGAR
				\$742.500

[illegible]

ADAGA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

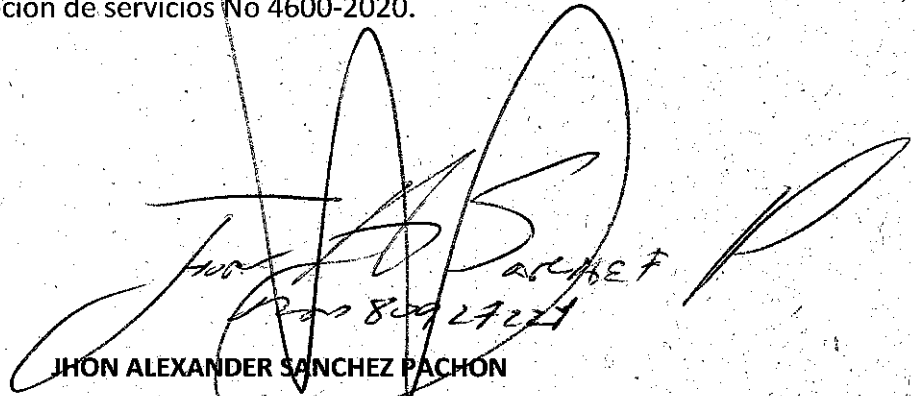
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON

C.C 80927221 DE BOGOTA

La suma de CINCO MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS (\$5.910.720), por concepto de: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área asistencial como Medico general, en la unidad de Atención domiciliaria, durante el periodo de 01 al 31 de agosto de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4600-2020.

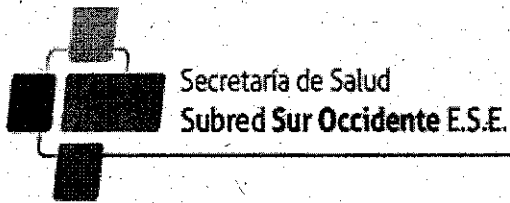
A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jhon Alexander Sanchez Pachon' with 'C.C 80927221' written below it.

JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON

CC 80927221 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 462970006849



**INFORME DE GESTION
MENSUAL DEL MES DE JULIO 2020**

Profesional: JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON

Cargo: MEDICO PROGRAMA ATENCION MEDICA DOMICILIARIA

Realización de actividades de medicina, tales como la valoración médica, seguimiento clínico y toma de muestra de hisopado nasofaríngeo a pacientes sospechosos para SARS COVID 19, diligenciamiento de fichas epidemiológicas, reporte de actividades y actualización de base de datos electrónica. Actualmente disponible en el CRUE.

Actividades realizadas durante la jornada laboral

1. Programación de valoración de pacientes en registro electrónico (base de datos)
2. Valoración pacientes covid
3. Toma de muestras por hisopado nasofaríngeo y Realización de fichas epidemiológicas
4. Realización de fichas epidemiologia
5. Diligenciamiento de historias clínicas en dinámica.
6. Otros acompañamientos según lo requieran las actividades realizadas durante el turno.

Dichas actividades se desarrollan en el mes de julio 2020 en el horario de 7:00 am – 7:00 pm Turno de 12 horas.

FECHA	VISITAS EFECTIVAS	VISITAS FALLIDAS	SEGUIMIENTO TELEFONICO
01/07/2020	8	3	0
03/072020	8	5	0
05/07/2020	9	4	0
07/07/2020	8	1	0
09/07/2020	8	2	0
11/07/2020	7	4	3
13/07/2020	6	3	0
15/07/2020	7	1	3
17/07/2020	8	3	0
19/07/2020	8	4	2
21/07/2020	7	3	0
23/07/2020	8	2	1
25/07/2020	9	1	0
27/07/2020	8	0	0
29/07/2020	7	0	0
31/07/2020	0	0	0

COORDINALMENTE

JHON ALEXANDER SANCHEZ PACHON

MEDICO PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA

80927221 DE BOGOTA CONTRATO 4600-2020