

	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS		
	PROCESO: GESTION JURIDICA	CÓDIGO	JUR-FTO-01
		VERSIÓN	5
		VIGENCIA	25/01/2021

INFORMACION DEL CONTRATO									
(06) No. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	038-2026 CIENTIFICA	(022) CDP	040 DEL 01 DE ENERO DEL 2026	(023) VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 47.995.200			
(07) NOMBRE DEL CONTRATISTA: ORLANDO CORTES DEVIA				(08) IDENTIFICACIÓN: 1018511241					
(024) INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES		EL CONTRATISTA HA MANIFESTADO QUE NO SE ENCUENTRA EN INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD SOBRENIENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO							
(010)OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL PARA EL AREA ASISTENCIAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL				(03) FECHA DE INICIO CONTRATO			(04) FECHA TERMINACION DEL CONTRATO		
				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
				02/01/2026			30/06/2026		
(025) SUBGERENCIA	CIENTIFICA		(026) Centro de Costo (área)			B01B			
(027) VALOR ADICIONES			(028) N° CDP -FECHA						
(029) VALOR ADICIONES			(030) N° CDP -FECHA						
(031) VALOR ADICIONES			(032) N° CDP -FECHA						
(033) VALOR ADICIONES			(034) N° CDP -FECHA						
(035) PRORROGAS			(036) FECHA PRORROGA						
(037) MODIFICACIONES:			(038) FECHA MODIF.						

INFORMACION SUPERVISOR

(039) NOMBRE DEL SUPERVISOR TECNICO DEL CONTRATO

CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ

(040) CARGO

REFERENTE DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR: El suscrito supervisor del contrato de prestación de servicios, certifica que el contratista en mención cumplió a satisfacción con las obligaciones y/o actividades contratadas y estipuladas en el objeto de contrato durante el periodo correspondiente. Lo anterior para efectos de pago.

NOVEDADES:

EJECUCION DEL CONTRATO			
(041) VALOR A CERTIFICAR EN EL PERIODO	\$ 7.272.000	(042) VALOR A DESCONTAR POR NOVEDADES DEL PERIODO:	0
PERIODO A CERTIFICAR	(043) DESDE (01/02/2026)	(05) CUENTA DE COBRO No.	038-02
	(044) HASTA (28/02/2026)	(0441) FECHA DE LA CUENTA DE COBRO	28 DE FEBRERO DE 2026

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
email: hmgysocha@yahoo.com - hsoacha@cundinamarca.gov.co
PBX 7309230 Ext. 2007 - 2009 Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-4
Soacha –Cundinamarca-.

Que Progresas!



	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS		
	PROCESO: GESTION JURIDICA	CÓDIGO	JUR-FTO-01
		VERSIÓN	5
		VIGENCIA	25/01/2021

ANEXO: CUENTA DE COBRO, COMPROBANTE DE PAGO DE SALUD Y ARL DEL MES DE (045) **ENERO DE 2026**

(046) EJECUCION ACUMULADA:	\$ 14.544.000	(047) SALDO POR EJECUTAR	\$ 33.451.200
----------------------------	---------------	--------------------------	---------------

Evaluación a las actividades suscritas:

CERTIFICACION O CONCEPTO DEL SUPERVISOR

(048)	(049)
OBLIGACIONES ESPECIFICAS: 1)Desarrollar de manera oportuna la atención médica acorde con el perfil profesional teniendo en cuenta estándares de oportunidad, calidad, pertinencia, seguridad y accesibilidad en los diferentes servicios de la Empresa Social del Estado Región de Salud de Soacha.2)Registrar de manera clara y con racionalidad técnico científica en el sistema institucional cada una de las actividades desarrolladas en el proceso de atención.3)Realizar la entrega de turno dejando soporte de la misma y las observaciones a que haya lugar.4)Velar por la custodia, diligenciamiento y entrega oportuna de los soportes necesarios para la facturación de los servicios correspondientes a cada paciente.5)Desarrollar las actividades de acuerdo a los procesos institucionales del servicio.6)Entregar el soporte de actividades realizadas al área de auditoria médica para realizar la respectiva verificación. 7)Portar el carnet institucional en lugar visible en todas las instalaciones de la institución y hacer uso de la bata.8) Cumplir con la programación establecida según cuadro de turnos de los diferentes servicios de la institución. 9)Participar de las actividades relacionadas con el SOGC institucionales. 10)Participar activamente en las reuniones, capacitaciones y actividades de actualización convocado por la institución.11)Participar de manera técnica en la respuesta de objeciones y comités de análisis de casos cuando sean requeridos.12)Participar activamente en la elaboración y actualización de las guías de manejo, los protocolos de manejo y	ACTIVIDADES REALIZADAS: 1. Desarrollé de manera oportuna la atención médica acorde con mi perfil profesional, teniendo en cuenta los estándares de oportunidad, calidad, pertinencia, seguridad y accesibilidad en los diferentes servicios de la Empresa Social del Estado Región de Salud de Soacha. 2. Registré de manera clara y con racionalidad técnico-científica en el sistema institucional cada una de las actividades desarrolladas en el proceso de atención. 3. Realicé la entrega de turno, dejando el respectivo soporte y las observaciones a que hubo lugar. 4. Velé por la custodia, diligenciamiento y entrega oportuna de los soportes necesarios para la facturación de los servicios correspondientes a cada paciente. 5. Desarrollé las actividades de acuerdo con los procesos institucionales del servicio. 6. Entregué el soporte de las actividades realizadas al área de auditoría médica para la respectiva verificación. 7. Porté el carné institucional en lugar visible en todas las instalaciones de la institución e hice uso de la bata. 8. Cumplí con la programación establecida según el cuadro de turnos de los diferentes servicios de la institución. 9. Participé en las actividades relacionadas con el SOGC institucional. 10. Participé activamente en las reuniones,

Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.
email: hmgysocha@yahoo.com - hsoacha@cundinamarca.gov.co
PBX 7309230 Ext. 2007 - 2009 Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-4
Soacha –Cundinamarca-.

Que Progres!



velar por su cumplimiento.13)Participar en la proyección de respuestas a PQRS y/o manifestaciones jurídicas que sean interpuestas ante la institución.14)Comunicar de manera oportuna al referente del servicio en caso de presentarse situaciones que impidan el cumplimiento de las actividades programadas.15)Ejecutar prácticas de actividades seguras, conforme a los lineamientos del programa de Salud Ocupacional y las normas técnicas y legales establecidas por la Institución Proporcionando un entorno seguro a través de la Aplicación de las medidas de seguridad establecidas en las normas institucionales. Guías de atención e Instructivos, Practicas Seguras para la prestación de servicios. Manteniendo un estado de salud física, mental y social que evite constituirse en un factor de riesgo.16)Promover la política institucional de humanización manteniendo una comunicación efectiva con las personas con quienes interactúa. Identificándose y dirigiéndose con amabilidad. Explicándole con lenguaje claro y sencillo las acciones realizadas. Favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas e inquietudes. Atendiendo de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo, explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma. Respetar los límites de la información que se puede brindar, de acuerdo a la que corresponda a cada integrante del equipo de salud.17)Participar activamente en las diferentes actividades, reuniones, capacitaciones de carácter científico y/o administrativo según necesidades diagnosticadas en el área, y gestionar cambios y medidas necesarios para el mejoramiento del servicio, promoviendo el cumplimiento de las recomendaciones emanadas de estos.18)Desempeñar las demás actividades asignadas por el referente y/o supervisor y de igual manera cumplir a cabalidad con los procesos de contratación de acuerdo al nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cual presta el servicio.

capacitaciones y actividades de actualización convocadas por la institución.

11. Participé de manera técnica en la respuesta de objeciones y en los comités de análisis de casos cuando fui requerido(a).
12. Participé activamente en la elaboración y actualización de las guías de manejo y protocolos, y velé por su cumplimiento.
13. Participé en la proyección de respuestas a PQRS y/o manifestaciones jurídicas interpuestas ante la institución.
14. Comunicué de manera oportuna al referente del servicio las situaciones que impidieron el cumplimiento de las actividades programadas, cuando se presentaron.
15. Ejecuté prácticas de actividades seguras conforme a los lineamientos del programa de Salud Ocupacional y a las normas técnicas y legales establecidas por la institución, proporcionando un entorno seguro mediante la aplicación de las medidas de seguridad, guías de atención, instructivos y prácticas seguras, manteniendo un adecuado estado de salud física, mental y social que evitó constituirse en un factor de riesgo.
16. Promoví la política institucional de humanización, manteniendo una comunicación efectiva con las personas con quienes interactué, identificándome y dirigiéndome con amabilidad, explicando con lenguaje claro y sencillo las acciones realizadas, favoreciendo un ambiente de confianza, atendiendo oportunamente las solicitudes de ayuda y respetando los límites de la información conforme a mi rol dentro del equipo de salud.
17. Participé activamente en las diferentes actividades, reuniones y capacitaciones de carácter científico y/o administrativo según las necesidades diagnosticadas en el área, gestionando cambios y medidas necesarias para el mejoramiento del servicio y promoviendo el cumplimiento de las recomendaciones emanadas de estas.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS

PROCESO: GESTION JURIDICA

CÓDIGO

JUR-FTO-01

VERSIÓN

5

VIGENCIA

25/01/2021

18. Desempeñé las demás actividades asignadas por el referente y/o supervisor y cumplí a cabalidad con los procesos de contratación de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño en la cual presté el servicio.

Durante el mes de FEBRERO DE 2026 realice 180 horas.

NO REALICE NINGÚN CAMBIO DE TURNO ESTE MES

Se expide a los: **(050) 28 DIAS DEL MES DE FEBRERO DE 2026**

En caso de ser referente debe tener la aprobación de calidad y de planeación en cuanto a las labores realizadas.

Aprobación Calidad: C.C

Aprobación Planeación: C.C

(051) ORLANDO CORTES DEVIA

**FIRMA CONTRATISTA
CC: 1018511241**

ANTONIO DAVID SAMPER FAJARDO

**FIRMA SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
79524588
SUBGERENTE CIENTIFICO**

(052) CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ

**FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION
CC. NO. (053) 80.820.214**

(054)

**FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION
CC. NO. (055)**