

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

| INFORMACION DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                |           |                              |                                 |            |                                     |            |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|-----|-----|
| (06) No. ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                              | 38-2026 CIENTIFICA                                                                                                             | (022) CDP | 40<br>01/01/2026             | (023) VALOR TOTAL DEL CONTRATO: |            | \$94.868.000                        |            |     |     |
| (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 SOBREVINIENTE 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                      |            |                                     | 31/12/2026 |     |     |
| (025) SUBGERENCIA                                                                                                                                                                                                                                      | CIENTIFICA                                                                                                                     |           | (026) Centro de Costo (área) |                                 | B01B       |                                     |            |     |     |
| (027) VALOR ADICIONES                                                                                                                                                                                                                                  | \$46.872.800                                                                                                                   |           | (028) N° CDP -FECHA          |                                 | 25/06/2026 |                                     |            |     |     |
| (029) VALOR ADICIONES                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                |           | (030) N° CDP -FECHA          |                                 |            |                                     |            |     |     |
| (031) VALOR ADICIONES                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                |           | (032) N° CDP -FECHA          |                                 |            |                                     |            |     |     |
| (033) VALOR ADICIONES                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                |           | (034) N° CDP -FECHA          |                                 |            |                                     |            |     |     |
| (035) PRORROGAS                                                                                                                                                                                                                                        | 184 DIAS                                                                                                                       |           | (036) FECHA PRORROGA         |                                 | 31/12/2026 |                                     |            |     |     |
| (037) MODIFICACIONES:                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                |           | (038) FECHA MODIF.           |                                 |            |                                     |            |     |     |

| INFORMACION SUPERVISOR                           |                                            |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| (039) NOMBRE DEL SUPERVISOR TECNICO DEL CONTRATO | CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ                 |
| (040) CARGO                                      | COORDINADOR DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION |

**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                                           | \$7.514.400              | (042) VALOR A DESCONTAR POR NOVEDADES DEL PERIODO: | 0          |
| PERIODO A CERTIFICAR                                                             | (043) DESDE (01/06/2026) | (05) CUENTA DE COBRO No.                           | 38-06      |
|                                                                                  | (044) HASTA (30/06/2026) | (0441) FECHA DE LA CUENTA DE COBRO                 | 30/06/2026 |
| ANEXO: CUENTA DE COBRO, COMPROBANTE DE PAGO DE SALUD Y ARL DEL MES DE (045) MAYO |                          |                                                    |            |

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

**Que Progres!**



## CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS

PROCESO: GESTION JURIDICA

CÓDIGO

JUR-FTO-01

VERSIÓN

5

VIGENCIA

25/01/2021

(046) EJECUCION  
ACUMULADA:

**\$46.388.000**

(047) SALDO POR EJECUTAR

**\$48.480.000**

Evaluación a las actividades suscritas:

### CERTIFICACION O CONCEPTO DEL SUPERVISOR

(048)

(049)

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.

1. Desarrolle 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. Registre de manera clara y con racionalidad técnico científica en el sistema institucional cada una de las actividades desarrolladas en el proceso de atención.
3. Realice la entrega de turno dejando soporte de la misma y las observaciones a que haya lugar.
4. Vele por la custodia, diligenciamiento y entrega oportuna de los soportes necesarios para la facturación de los servicios correspondientes a cada paciente.
5. Desarrolle las actividades de acuerdo a los procesos institucionales del servicio
6. Entregue el soporte de actividades realizadas al área de auditoria médica para realizar la respectiva verificación.
7. Porte el carnet institucional en lugar visible en todas las instalaciones de la institución y hacer uso de la bata.
8. Cumplí con la programación establecida según cuadro de turnos de los diferentes servicios de la institución.
9. Participe de las actividades relacionadas con el SOGC institucionales.
10. Participe activamente en las reuniones, capacitaciones y actividades de actualización convocado por la institución
11. Participe de manera técnica en la respuesta de objeciones y comités de análisis de casos cuando

12. Participar activamente en la elaboración y actualización de las guías de manejo, los protocolos de manejo y 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

sean requeridos.

12. Participe activamente en la elaboración y actualización de las guías de manejo, los protocolos de manejo y velar por su cumplimiento.
13. Participe en la proyección de respuestas a PQRS y/o manifestaciones jurídicas que sean interpuestas ante la institución.
14. Comunique de manera oportuna al referente del servicio en caso de presentarse situaciones que impidan el cumplimiento de las actividades programadas
15. Ejecute 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. Promoví 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. Participe 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. Desempeñe las demás actividades asignadas por

# CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OPS

PROCESO: GESTION JURIDICA

CÓDIGO

JUR-FTO-01

VERSIÓN

5

VIGENCIA

25/01/2021

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.

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.

Se expide a los: (050) **30 DE JUNIO DEL 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)

FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION

CC. NO. (053)

(054)

FIRMA APOYO TECNICO A LA SUPERVISION

CC. NO. (055)