**CONTRATO DE** **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** **No.** **CPS-419-2026**

| | |
|---|---|
| **CIUDAD Y FECHA** | SOGAMOSO, 01 DE OCTUBRE DE 2026 |
| **OBJETO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E. |
| **CONTRATISTA** | OMAR HUMBERTO ANDRADE SOSSA |
| **NIT y/o CC** | C.C. 19.288.213 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C. |
| **CDP (No. CDP, código, nombre y Fecha de expedición del rubro)** | N° 1446 DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2026 DEL RUBRO PRESUPUESTAL N° 2.4.5.02.09 DENOMINADO – SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES. |
| **VALOR DEL CONTRATO** | CUARENTA SEIS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ($46.796.000) |
| **DURACIÓN DEL CONTRATO** | DESDE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTISEIS (2026) O HASTA AGOTAR EL VALOR PACTADO EN EL CONTRATO, EVENTUALIDAD QUE OCURRA PRIMERO. |
| **FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO** | 01 DE OCTUBRE DE 2026 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL (No RCP. Rubro, nombre y Fecha de expedición** | N° 1867 DEL 01 DE OCTUBRE DE 2026 DEL RUBRO PRESUPUESTAL N° 2.4.5.02.09 DENOMINADO – SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES. |
| **FECHA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO** | 01 DE OCTUBRE DE 2026 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN** | 31 DE DICIEMBRE DE 2026 |
| **FORMA DE PAGO** | El HOSPITAL, cancelará al contratista el valor del contrato mediante pagos parciales mensuales el valor correspondiente a los Servicios Prestados durante el mes, cada uno dentro de los noventa (90) días siguientes a la radicación de la cuenta, previa presentación de informe de desarrollo de actividades adelantadas y aprobación del mismo por parte del Supervisor asignado al contrato, acta parcial, factura electrónica, acreditación de aportes al Sistema General de Seguridad Social; el Pago de Honorarios se liquidará de la siguiente forma: **1. Pago por Procedimientos de Gastroenterología:** Las actividades de sedación para procedimientos en el programa de gastroenterología se liquidarán por evento o procedimiento efectivamente realizado, fijándose un valor de **OCHENTA MIL PESOS M/CTE. ($80.000) por cada procedimiento,** previa certificación del líder del servicio. **2. Pago por horas de consulta externa:** el valor de la hora de consulta externa será de **CIENTO SEIS MIL PESOS M/CTE ($106.000).** Para su reconocimiento se deberá certificar el cumplimiento de las horas de presencialidad y el número de pacientes atendidos en las jornadas programadas. **3. Pago por Interconsultas:** El reconocimiento y pago de las interconsultas se efectuará con base en la siguiente equivalencia: por cada tres (3) interconsultas efectivamente realizadas y debidamente certificadas por el líder del servicio de internación, es decir que el HOSPITAL reconocerá y pagará el valor de **TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($35.333)** por cada interconsulta. **4. Pago de Horas Presenciales:** Corresponde a las horas dedicadas a atender el servicio de internación y urgencias quirúrgicas, Turnos Cirugía Programadas y de Urgencia: el valor hora básico será **CIENTO DOS MIL PESOS M/CTE. ($102.000.)**, según las actividades |

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

programadas y cumplidas; se reconocerá un pago adicional como incentivo por calidad y oportunidad en la atención el cual se liquidará de la siguiente manera cuando se dé cumplimiento al total de los siguientes indicadores: **a)** Cumplimiento de realización y registros de parada de seguridad quirúrgica igual al 100%. Se reconocerá un valor adicional de **DOS MIL PESOS M/CTE (2.000). B)** Cumplimiento de indicador de Cancelación de cirugía programada por causa atribuible a la especialidad menor al 3%. Se reconocerá un valor adicional de **DOS MIL PESOS M/CTE (2.000). PARÁGRAFO 1.-** Con el cumplimiento total de los indicadores se reconocerá la suma de **CUATRO MIL PESOS M/CTE ($4.000)** para un valor final de hora de **CIENTO SEIS MIL PESOS M/CTE ($106.000). PARAGRAFO 2:** La determinación de los criterios de los indicadores objeto de incentivo económico se realiza con base en los lineamientos de prestación de servicios de salud descritos en el documento M-AP-AP-PG-01 Modelo de Atención "Un hospital en el que puedes confiar" y el documento denominado M-AP- E-GC-SP-M-03 Manual de cirugía segura, que propende por el establecimiento de metas institucionales que superen los estándares de calidad y mejoren así la prestación de servicios de salud. **PARÁGRAFO 3:** El pago de las horas de permanencia y jornadas de atención ambulatoria estará sujeta a la verificación del cumplimiento del tiempo agendado en cuadro de turnos y según disponibilidad (con la herramienta definida para este propósito) y aval de la supervisión y apoyo a la supervisión. El pago de los procedimientos de gastroenterología serán certificados por la atención de cada paciente por evento facturado. **PARÁGRAFO 4:** Para tramitar cualquiera de los pagos, el CONTRATISTA deberá acreditar constancia de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales de conformidad con la normatividad vigente, para el caso de las personas jurídicas la acreditación y verificación de este requisito se realizará conforme al artículo 50 de la Ley 789 de 2002, mientras que, para el caso de las personas naturales, se verificará con el pago de la planilla de seguridad social según aplique. **PARÁGRAFO 5:** Para tramitar las cuentas es necesario estar al día en las correcciones de informes quirúrgicos (cuando aplique) y registros de historia clínica para facturación. Se debe tener certificación de facturación de que no hay pendientes de soportes y cups requeridos por facturación. **PARÁGRAFO 6:** El pago de las horas se realizará teniendo en cuenta las horas efectivamente prestadas de forma presencial en la institución según el agendamiento en los diferentes servicios donde se requiera la especialidad y que estén certificados por los líderes de los procesos, así como los indicadores de calidad y oportunidad definidos para los incentivos, lo cuales serán certificados por los lideres de los servicios que son apoyo a la supervisión designados. Los criterios de calidad serán verificados por la supervisión del contrato en las certificaciones emitidas por los apoyos a la supervisión, aclarando que, en caso de no cumplir el estándar, no se podrá reconocer pago del valor de cada indicador de incentivo. **PARÁGRAFO 7**: Para efectos del reconocimiento económico de las interconsultas, se establece que tres (3) interconsultas especializadas equivaldrán al valor de una (1) hora de servicios profesionales, considerando que cada interconsulta comprende la revisión integral de la historia clínica, la valoración del paciente, el análisis de ayudas diagnósticas, la emisión del concepto especializado, el registro en la historia clínica y las recomendaciones al equipo tratante, actividades que en promedio requieren veinte (20) minutos para su adecuada ejecución, garantizando la calidad y seguridad de la atención. **Valor Total a Pagar:** Sumatoria del pago por concepto de pago de horas de permanencia y pago

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad

| | |
|---|---|
| | de participación por procedimientos quirúrgicos. **PARÁGRAFO 8**: En atención a la propuesta económica allegada por el contratista, este declara, que asume de manera exclusiva la obligación de efectuar el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral a que haya lugar, conforme a lo establecido en el artículo 2.2.4.18.7 del decreto número 0514 de 2025 el cual reglamenta el Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común, contemplado en la Ley 2381 de 2024. En virtud de lo anterior, el contratante no asumirá responsabilidad alguna por dichos aportes. **VALOR TOTAL A PAGAR:** Sumatoria del pago por concepto de pago de horas de permanencia. |
| **AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL Y/O CERTIFICACIÓN DE PARAFISCALES** | SI CUMPLE |
| **CARGO DEL SUPERVISOR** | SUBGERENTE CIENTIFICA. |
| **APROBACION DE POLIZA**<br>**No. de póliza**<br>**Fecha de expedición (Cuando aplique** | N° 51-46-101027621 y N° 51-54-101004427, expedida por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** |

En Sogamoso, a los 01 días del mes de OCTUBRE DEL 2026 a los abajo firmantes se Reunieron con el objeto de suscribir el acta de iniciación de contrato o convenio No. CPS-419-2026

**Firma contratista**

**Firma de Supervisor**

| | |
|---|---|
| **OMAR HUMBERTO ANDRADE SOSSA** | **ZULMA CRISTINA MONTAÑA MARTINEZ** |
| **CONTRATISTA** | **SUBGERENTE CIENTIFICA.** |

Proyecto: Carlos Camargo, Técnico Administrativo Contratación.
Reviso: Michael. S. Pérez. Líder de Contratación.

Este documento es propiedad del Hospital Regional de Sogamoso Empresa Social del Estado.
Su reproducción estará dada por el proceso de Gestión de calidad