

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			ferley Axel Mojica Gomez					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		79509506
CORREO ELECTRONICO:			ferleymojica@hotmail.com			CELULAR:		7560505
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10A11	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			5300365938				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		7661			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2379	FECHA	2025-11-30 16:26:25.000	NÚMERO DE CRP	56123	FECHA	2025-12-10 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-12-10			2025-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,695,453				
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		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:						\$7,300,773		
VALOR EJECUTADO						\$3,695,453		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,695,453		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$3,605,320		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						51%		
El intervisor 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		
79509506	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
LADY HICEL MORENO ORTEGON 1013607929 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
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	RESPONDO INTERCONSULTAS Y SOLICITO PARA CLINICOS REQUERIDOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	RESPONDO INTERCONSULTAS Y SOLICITO PARA CLINICOS REQUERIDOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	CUMPLO CON TODOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA DE CADA PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	CUMPLO CON TODOS REQUISITOS EXIGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA DE CADA PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
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	DILIGENCIO COMPLETAMENTE LOS FORMULARIOS Y REGISTROS ESTADISTICOS DE ACUERDO LO ESTABLECIDO EN LA INSTITUCION	DILIGENCIO COMPLETAMENTE LOS FORMULARIOS Y REGISTROS ESTADISTICOS DE ACUERDO LO ESTABLECIDO EN LA INSTITUCION
Participar en la programación de actividades del área	PARTICIPO EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	PARTICIPO EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	REPORTO LOS EVENTOS Y NOTIFICACIONES PRESENTADAS EN EL MES CORRESPONDIENTE	REPORTO LOS EVENTOS Y NOTIFICACIONES PRESENTADAS EN EL MES CORRESPONDIENTE
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 PRESENTADA EN EL SERVICIO Y IMPLEMENTO PLAN DE MEJORA PRESENTADAS EN EL MES	NOTIFICO LAS FALLAS PRESENTADA EN EL SERVICIO Y IMPLEMENTO PLAN DE MEJORA PRESENTADAS EN EL MES
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	DOY INSTRUCCIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE SOBRE PROCEDIMIENTOS A PACIENTES DE MEDICINA INTERNA	DOY INSTRUCCIONES AL PERSONAL CORRESPONDIENTE SOBRE PROCEDIMIENTOS A PACIENTES DE MEDICINA INTERNA
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	DILIGENCIO LOS FORMATOS Y PROPIOS DE CADA PACIENTE EN FORMA CLARA Y LEGIBLE	DILIGENCIO LOS FORMATOS Y PROPIOS DE CADA PACIENTE EN FORMA CLARA Y LEGIBLE
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	REALIZO SEGUIMIENTO A CADA PACIENTE QUE SE ESTE MANEJANDO POR MEDICINA INTERNA	REALIZO SEGUIMIENTO A CADA PACIENTE QUE SE ESTE MANEJANDO POR MEDICINA INTERNA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	DOY INFORMACION CLARA ,SOBRE EL ESTADO DE SALUD AL PACIENTE Y FAMILIAR	DOY INFORMACION CLARA ,SOBRE EL ESTADO DE SALUD AL PACIENTE Y FAMILIAR
Emitir conceptos médicos que se le requieran	CUMPLO CON TODAS LAS VALORACIONES MEDICAS QUE SE REQUIERAN	CUMPLO CON TODAS LAS VALORACIONES MEDICAS QUE SE REQUIERAN
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	CUMPLO CON TODAS LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA SUBRED	CUMPLO CON TODAS LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA SUBRED
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 EL INFORME MENSUAL SOBRES LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES	ELABORO EL INFORME MENSUAL SOBRES LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	HAGO USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS POR LA INSTITUCION	HAGO USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS POR LA INSTITUCION

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																																			
Identificación			dv	Razon Social							Clase Aportante					Sucursal Principal				Direccion			Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																						
CC 79509506				MOJICA GOMEZ FERLEY AXEL							INDEPENDIENTE					PRINCIPAL				CR 21 137 38 Apt 305			BOGOTA-BOGOTA D.E.				7532525		No																						
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																																			
Periodo			Clave							Tipo			Fecha					Pago																																	
Pensión		Salud		Pago				Planilla			Planilla			Limite		Pago			Banco				Dias Mora				Valor																								
2025-12		2025-12		2083117975				9497800405			I			2026/01/05		2026/01/15			BANCO DAVIVIENDA				10				\$3,084,800																								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																			
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCAS																					
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	del	tae	tdt	ptap	vs	plcor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte										
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																\$9,600,000	\$1,632,000			\$9,600,000	\$1,200,000			\$0	\$0			\$9,600,000		\$233,900		\$0	\$0		\$3,065,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																\$9,600,000	\$1,632,000			\$9,600,000	\$1,200,000			\$0	\$0			\$9,600,000		\$233,900		\$0	\$0		\$3,065,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																\$9,600,000	\$1,632,000			\$9,600,000	\$1,200,000			\$0	\$0			\$9,600,000		\$233,900		\$0	\$0		\$3,065,900
1	CC	79509506	MOJICA FERLEY										X									25-14	30	\$9,600,000	\$1,632,000	EPS002	30	\$9,600,000	\$1,200,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$9,600,000	2.436%	\$233,900	0	\$0	\$0										
Total		Afiliados(1)																						\$9,600,000	\$1,632,000			\$9,600,000	\$1,200,000			\$0	\$0			\$9,600,000		\$233,900		\$0	\$0		\$3,065,900								

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,632,000	\$10,000	\$0	\$1,642,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,632,000	\$10,000	\$0	\$1,642,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$233,900	\$1,500	\$0	\$235,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$233,900	\$1,500	\$0	\$235,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,200,000	\$7,400	\$0	\$1,207,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$1,200,000	\$7,400	\$0	\$1,207,400
TOTAL				1	\$3,065,900	\$18,900	\$0	\$3,084,800