

					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:			Heidy Natalia Bocachica Sabogal					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1054548865
CORREO ELECTRONICO:			natiissabogal@gmail.com			CELULAR:		3209943589
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			CASA MAS BIENESTAR USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10V03-3	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24141504238				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		4694			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1456	FECHA	2026-06-30 11:46:43.000	NÚMERO DE CRP	22915	FECHA	2026-07-07 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-07-06			2026-07-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,229,396				
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:						\$4,801,776		
VALOR EJECUTADO						\$2,229,396		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,229,396		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$2,572,380		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						46%		
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 \$2.194,507 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		
PRIMER PAGO	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RAFAEL DAVID ROJAS SERRANO 1030613910 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
Dar continuidad al acompañamiento del usuario, coordinando con los equipos de trabajo y entidades de apoyo cuando sea necesario.	Cumplimiento de la implementación operativa de la estrategia Casa MAS Bienestar	Actas, reportes de implementación, seguimiento
Brindar atención extramural al usuario y dejar los soportes administrativos y de seguimiento correspondientes.	Prestación de servicios en el marco del Modelo MAS Bienestar	Registro de actividades prestadas + soporte técnico
Registrar de manera clara y completa la información de los usuarios atendidos, con las evidencias requeridas.	Asegurar continuidad del plan de manejo clínico	Registro de articulaciones con equipos e IPS
Verificar y garantizar el suministro continuo de condiciones adecuadas de habitabilidad para los usuarios.	Soportes de la atención extramural por paciente	Planillas firmadas / informes clínicos
Garantizar la implementación de la estrategia Casa MAS Bienestar conforme a los lineamientos definidos por la entidad.	Relación de usuarios atendidos con evidencia	Planillas + fotos + reporte
Prestar los servicios asignados dentro del Modelo MAS Bienestar, asegurando una atención oportuna y continua.	Suministro continuo de condiciones de habitabilidad	Listado de entregas / verificación mensual
Realizar la entrega y recibo de turno por usuario, asegurando la continuidad del acompañamiento.	Entrega y recibo de turno por paciente	Formato de turno firmado
Ejecutar las actividades asignadas de acuerdo con las funciones del cargo y dejar los registros correspondientes.	Ejecución de actividades de enfermería asignadas	Registros en historia clínica
Informar oportunamente cualquier novedad o cambio relevante durante la atención.	Informar cambios clínicos oportunamente	Reporte de cambios/evolución
Comunicar al supervisor las dificultades, novedades o situaciones presentadas en la atención.	Retroalimentar al supervisor dificultades en la atención	Actas o comunicaciones formales
Orientar al usuario y su familia en el plan de cuidados y seguimiento en el domicilio.	Asesorar plan de cuidados y seguimiento en casa	Registro de educación al usuario
Cumplir las normas de bioseguridad, seguridad y salud en el trabajo, gestión ambiental y calidad.	Aplicar bioseguridad, SO, ambiental y calidad	Evidencias de cumplimiento de normas
Orientar a los usuarios de acuerdo con sus necesidades y la institucionalidad vigente.	Orientar pacientes según necesidades e institucionalidad	Registros en historia / planillas
Registrar y diligenciar correctamente los reportes y los informes.	Registrar reportes y libros del servicio	Documentos diligenciados
N/A	Diligenciar documentos para facturación y estadística	Formatos completos y revisados
Apoyar el cumplimiento de los procesos de calidad establecidos por la entidad.	Apoyar cumplimiento del SOGC	Soportes de implementación
Elaborar y presentar el informe mensual de actividades dentro de los tiempos definidos.	Elaborar informe mensual de actividades	Informe firmado y radicado
Responder por el uso, cuidado y devolución de los elementos entregados.	Responder por elementos entregados	Acta de entrega/recibo
Participar en las capacitaciones, inducciones y actividades convocadas por la entidad.	Participar en capacitaciones e inducciones	Listas de asistencia
Reportar fallas de calidad y apoyar la ejecución de acciones de mejora.	Notificar fallas de calidad y ejecutar mejoras	Reporte + plan de mejora
Cumplir los procedimientos y lineamientos establecidos por la entidad.	Cumplir con procedimientos establecidos por Subred	Checklist de cumplimiento
N/A	Apoyar actividades interinstitucionales y extra institucionales	Evidencia documental del apoyo
Registrar oportunamente las actividades realizadas en los sistemas de información.	Registrar actividades en sistema de información	Capturas o reportes mensuales
Aportar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social.	Constancia mensual de seguridad social	Soporte de pago
Realizar las actividades adicionales asignadas por el supervisor o la entidad, relacionadas con el objeto del servicio.	Realizar actividades adicionales asignadas	Evidencias de ejecución

RAFAEL DAVID ROJAS SERRANO
1030613910
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