

					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:			DANIEL HERNANDO CARDOZO RAMIREZ					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1013664389
CORREO ELECTRONICO:			daher07@gmail.com			CELULAR:		3134898398
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10B01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488430089075				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3565			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	624	FECHA	2025-03-01 15:40:08.000	NÚMERO DE CRP	17941	FECHA	2025-03-11 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-03-11			2025-03-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,827,840				
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:						\$20,759,712		
VALOR EJECUTADO						\$4,827,840		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,827,840		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$15,931,872		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						23%		
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		
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 Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RODOLFO DUARTE CELY 80158750 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
1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las 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 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnóstico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clínica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención	lista de asistencia en el caso de que se genere
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) 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. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención	Estudios estadísticos y consolidado de información para optimizar el recurso de la institución
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la misión institucional	no aplica
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias.	no aplica

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CARDOZO RAMIREZ DANIEL HERNANDO
C.C No. 1013664389 DE BOGOTA

La suma de: (\$4.827.840) Cuatro millones ochocientos veintisiete mil ochocientos cuarenta pesos m/cte.

Por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. en el servicio de urgencias del Hospital Occidente Kennedy, durante el periodo de 11 al 31 de marzo de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3565-2025



CARDOZO RAMIREZ DANIEL HERNANDO
C.C No. 1013664389 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 0550488430089075

		ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				Versión: _____ Fecha de aprobación: 18/03/2025 Código: 04-01-FO-0021	5 		
1. Colaborador		Nuevo OPS	X	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta	
2. Nombres y apellidos del colaborador		Daniel Hernando Cardozo Ramirez							
3. Documento		Tipo de Documento: C.C._X_ C.E._ Pasaporte_ Visa_ Número: 1013664389							
4. Perfil o cargo		Medico General							
5. Dependencia- Proceso - Área		Urgencias							
6. Tipo de Vinculación		ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS _X_ PLANTA _ TERCEROS _ OTROS _ CUAL: _____							
7. Fecha de Ingreso / Reubicación a la Subred		DÍA _10_ MES _03_ AÑO _2025_							
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO				REALIZACIÓN ACTIVIDAD			
						SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Entrega de Clave Aula Virtual				X			
		Se realizó Afiliación a la ARL				X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente				X			
		Entrega de Carnet Institucional				X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)						X	
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN				SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Entrega de usuario y contraseña				X			
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes				X			
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad				X			
		Firma digital				X			
FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que envía invitación para el encuentro virtual)	10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Especificas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)				SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Humanización				X			
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo				X			
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres				X			
		Participación y Atención al Usuario				X			
		Gestión de la Tecnología				X			
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS				X			
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública				X			
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia				X			
		Gestión Documental				X			
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI				X			
11. DIRECCIONES / OFICINAS									
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)									
Lugar de Ubicación Colaborador		Hospital de Kennedy							
Servicio donde va a desarrollar actividades		URGENCIAS							
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)		11/03/2025							
Fecha de Finalización (D/M/A)									
12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO									
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO				SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano				X			
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal				X			
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.				X			
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades				X			
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y /o funciones y asuntos personales.				X			
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece				X			
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)				X			
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)				X			
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuoccidente.gov.co/)				X			
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)				X			
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)				X			
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)				X			
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica				X			

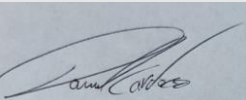
			Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guías . Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio	X					
			Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)	X					
			Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)	X					
			Procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso.	X					
			Información sobre programas de P y D	X					
			Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)	X					
			Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	X					
			Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003	X					
			RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	X					

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO									
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)				Dr. Rodolfo Duarte Cely					
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)									

FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	URGENCIAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
			Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención	x			
			Guías de practica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias	x			
			Procedimiento de atención en urgencias	x			
			Manual del Triage	x			
			Procedimiento de Central de referencia y atención en traslados	x			
			Buenas practicas en seguridad del paciente	x			
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención				
			procedimiento de atención en urgencias / CICLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS				
			Guías de practica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias				
			Procedimiento de traslados internos, referencia, y contrarreferencia				
			Buenas practicas en seguridad del paciente priorizadas para servicios de urgencias				
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Procedimiento para revisión del vehículo para garantizar la operación diaria del mismo				
			Actividades de apoyo a la auxiliar de enfermería para traslados				
			Diligenciamiento de formatos de control				
			Programación para asistencia a capacitación en seguridad del paciente				
			Procedimiento para el mantenimiento de las móviles				
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			Conocer el procedimiento de referencia y contrarreferencia				
			Procedimiento de traslados internos				
			Manejo de base der datos sínc				
			Manejo de bases de datos de traslados internos				
			Establecer criterios de remisión				
			Entrenamiento en seguridad del paciente				
			ACTIVIDADES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES

14.VALORACIÓN DEL COLABORADOR				15.VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO			
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ x ____		Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI ____ x ____ NO ____		Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:			
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ x ____		Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI ____ x ____ NO ____					

16.CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración				Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente
							x

17. FIRMA DEL COLABORADOR		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO	
---------------------------	---	--	--	---	--



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Daniel Hernando Cardozo Ramirez, identificado(a) con CC número 1013664389, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1013664389
NOMBRES Y APELLIDOS	Daniel Hernando Cardozo Ramirez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	03/01/1996
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

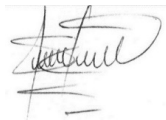
CEDULA DE CIUDADANIA 1013664389 DANIEL HERNANDO
CARDOZO RAMIREZ Desde 29/06/2023 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANIEL HERNANDO CARDOZO RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1013664389**, se encuentra afiliado/a desde **20/05/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de marzo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Medellin, 20 de marzo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **DANIEL HERNANDO CARDOZO RAMIREZ** con documento de identidad **C1013664389**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-03-12	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

29/05/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DANIEL HERNANDO CARDOZO RAMIREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1013664389**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550488430089075

Fecha de apertura

07/05/2022

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA