Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Jaime Alonso Santana Lopez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1047386755	
CORREO ELECTRONICO:	jaimesantana0504@gmail.com				CELULAR:	3046249406	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV142				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10G01-42	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570005370388307				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	5742			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	1980	FECHA	2023-08-24 14:39:42.000	NÚMERO DE CRP	43996	FECHA	2023-08-31 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-08-01		2023-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,840,910				
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:	$13,412,356
VALOR EJECUTADO	$11,681,820
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,840,910
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,730,536
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	87%

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
9454797042	$2,336,364	$292,046	$373,818	4	$56,914	$722,778

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ
52837358
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

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Adherirsen a las guías clinicas de urgencias, de atención prehospitalaria, y con pertinencia manejar la atención de un paciente	Registros clinicos coherentes
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Atención de pacientes con ética, valores y principios adheridos al manual de buen gobierno institucional	Registros clínicos coherentes, completos , veraces, y claros
3) 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	Registros de pacientes y demás actividades que sean necesarias para la operación del programa (registros de HC, desestimientos, formulación, control de atención de pacientes)	Registros de pacientes y demás actividades que sean necesarias para la operación del programa (registros de HC, desestimientos, formulación, control de atención de pacientes)
4)Garantizar la facturación de las atenciónes que se desarrollen en el programa de Atención Prehospitalaria	Hcaer entergea de manera inmediata posterior a la atenión de los registros clínicos (antes de 24 horas) para realizar el proceso de facturación	Registros clínicos completos
5) Participar en la programación de actividades del área.	Participar en las actvidades que se desarrollen para la adecuada operación del programa	Participación en las diferentes actividades
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Realizar la notificación de inicidentes o eventos adversos que se presenten en el proceso de atención 0 inicdentes en el proceso de la operación del programa de APH	Notificaciones realizadas
7) 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.	Revisar registros clinicios, y soportes clínicos necesarios para participar en ananlisis de caso o actividades de investigacion en representacion del procedimiento de APHo Dirección de Urgencias	Participación activa
8) Adheririse a la regulación que se realiza desde el CRUE	Establecer adherencia a el proceso para la atención de pacientes desde la regulación por secretaria, manejo de pacientes y destino de los mismos de acuerdo a sus condiciones	No presencia de novedades
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad (aplicativos, formatos)	Diligenciamar de manera completa de los registros clínicos	Registros clínicos completos
10)Garantizar el adecuado manejo de los equipos biomedicos	Velar por su seguridad, conservación y cuidado de los equipos biomedicos desde el manejo del mismo como su custodia	reportes, generación de actas de capacitación, mantenimientos
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Realizar seguimeinto de los pacietnes a fin de optimizar la operación de las móviles	no reportes o hallazgos
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Brindar un atención humanizada, con privacidad, con adecuada informacion para el paciente y su familia	No presencia de manfestaciones o quejas por este motivo

Copia Controlada Subred Sur Occidente

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ
52837358
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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047386755		SANTANA LOPEZ JAIME ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	av CRA 68 # 1a-45 sur torre 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3046249406	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	98205531	9454797042	I	2023/08/14	2023/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$789,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,769,024	$443,100			$2,769,024	$346,200			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,769,024	$443,100			$2,769,024	$346,200			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,769,024	$443,100			$2,769,024	$346,200			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1047386755 SANTANA JAIME	230201	30	$2,769,024	$443,100	EPS005	30	$2,769,024	$346,200		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,769,024	$443,100			$2,769,024	$346,200			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047386755		SANTANA LOPEZ JAIME ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	av CRA 68 # 1a-45 sur torre 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3046249406	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	98205531	9454797042	I	2023/08/14	2023/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$789,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$443,100	$0	$0	$443,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$443,100	$0	$0	$443,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$346,200	$0	$0	$346,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$346,200	$0	$0	$346,200
TOTAL				**1**	**$789,300**	**$0**	**$0**	**$789,300**

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1047386755	SANTANA	LOPEZ	JAIME	ALONSO	2018-07	COOMEVA E.P.S S.A.	COTIZANTE
CC	1047386755	SANTANA	LOPEZ	JAIME	ALONSO	2023-06	E.P.S SANITAS	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
E.P.S SANITAS	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

118 Registros en 12 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	NOTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS.pdf	NOTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	JAIME SANTANA -JULIO 2023.pdf	JAIME SANTANA -JULIO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JAIME ALONSO SANTANA LOPEZ

C.C. 1.047.386.755 DE BOGOTÁ

La suma de $,5.840.910 por concepto de: El desarrollo de las actividades como MEDICO de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo del 01 al 31 de AGOSTO del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5742-2023



JAIME ALONSO SANTANA LOPEZ

Nombre de contratista

C.C. 1.047.386.755 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570005370388307.