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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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 | 2401 | FECHA | 2023-10-12 09:36:12.000 | NÚMERO DE CRP | 52331 | FECHA | 2023-10-20 17:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-10-01 | | 2023-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $5,732,745 | | | | |
| 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: | $26,824,712 |
| VALOR EJECUTADO | $23,760,245 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5,732,745 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,064,467 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 89% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9457480813 | $2,538,272 | $317,284 | $406,124 | 4 | $61,832 | $785,240 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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 | conceptos |
| 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 | Realizar seguimeinto de los pacietnes a fin de optimizar la operación de las móviles |
| 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 |

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 Controlada Subred Sur Occidente

**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 $5.732.745 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 OCTUBRE 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.**

# 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 |
| 2023-09 | 2023-09 | 210572750 | 9457480813 | I | 2023/10/12 | 2023/10/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $723,500 |

**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)** | | | | | $2,538,272 | $406,200 | | | $2,538,272 | $317,300 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,538,272 | $406,200 | | | $2,538,272 | $317,300 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,538,272 | $406,200 | | | $2,538,272 | $317,300 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1047386755 SANTANA JAIME | 230201 | 30 | $2,538,272 | $406,200 | EPS005 | 30 | $2,538,272 | $317,300 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $2,538,272 | $406,200 | | | $2,538,272 | $317,300 | | | $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 |
| 2023-09 | 2023-09 | 210572750 | 9457480813 | I | 2023/10/12 | 2023/10/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $723,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $406,200 | $0 | $0 | $406,200 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $406,200 | $0 | $0 | $406,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $317,300 | $0 | $0 | $317,300 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $317,300 | $0 | $0 | $317,300 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$723,500** | **$0** | **$0** | **$723,500** |

# 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 | 2023-08 | E.P.S SANITAS | COTIZANTE |
| CC | 1047386755 | SANTANA | LOPEZ | JAIME | ALONSO | 2018-07 | COOMEVA E.P.S S.A. | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| E.P.S SANITAS | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SANITAS | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| 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 |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 120 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? Si No

| identificación de pago | numero 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 |
| ☐ | JAIME ALONSO SANTANA-AGOSTO 2023.pdf | JAIME ALONSO SANTANA-AGOSTO 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JAIME ALONSO SANTANA SEPTEIMBRE 2023.pdf | JAIME ALONSO SANTANA SEPTEIMBRE 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Carga nueva

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >