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:	yohanna andrea sanabria fandiño						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53040856	
CORREO ELECTRONICO:	johisomero@gmail.com				CELULAR:	3107951159	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10J02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300816217				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3514			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1579	FECHA	2024-06-27 15:54:51.000	NÚMERO DE CRP	37679	FECHA	2024-06-30 16:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-06-01		2024-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,905,720				
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:	$20,849,310
VALOR EJECUTADO	$20,358,738
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,905,720
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$490,572
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
9468489862	$1,766,059	$220,757	$282,569	3	$43,021	$546,348

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jaime Alberto goenaga
72161935
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
"Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. "	1) Realicé las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	2) Cumplí con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
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	3) Llevé 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	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	4) Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	no aplica
Participar en la programación de actividades del área.	5) Participé en la programación de actividades del área.	registro de asistencia a las actividades programadas (si las hay)
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	6) Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	formatos diligenciados según los casos, registrados en historia clinica de cada paciente
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.	7) Notifiqué las fallas de calidad que se presentaron en el servicio, participé en los análisis a los que fui convocado e implementé las acciones de mejora definidas para el servicio.	no aplica
"Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. "	8) Impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	9) Diligencié en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	10) Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	11) Practiqué el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	12) Informé al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	13) Emití los conceptos médicos que fueron requeridos.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	14) Apoyé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	no aplica
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	15) Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	16) Elaboré informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregué al supervisor del contrato para que certificara el cumplimiento.	cuenta de cobro mensual
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	17) Respondí por los elementos entregados para el desempeño de mis CONDICIONES CONTRACTUALES actividades asignadas	no aplica
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	18) Participé en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Listas de asistencia
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	19) Conocí y dí cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	no aplica
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	20) Apoyé a la Subred en las actividades demandadas según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	

Copia Certificado Subred Sur Occidente

Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	21) Registré las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	no aplica	no aplica
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos	planilla de pago de seguridad social del mes correspondiente al cobro de mis actividades

Jaime Alberto goenaga
72161935
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

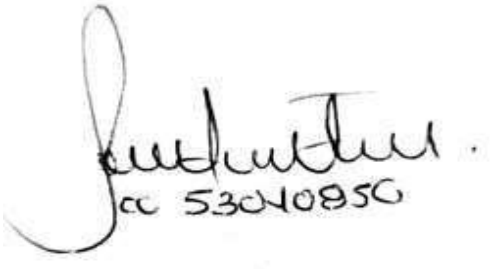
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YOHANNA ANDREA SANABRIA FANDIÑO
CC 53040856 DE BOGOTA

La suma de: ($4.905.720) Cuatro millones novecientos cinco mil setecientos veinte pesos m/cte.

Por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como Medico General por 120 horas a razón de $40.881 la hora,durante el periodo del 1 al 30 de junio de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3514-2024



YOHANNA ANDREA SANABRIA FANDIÑO
CC 53040856 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 7300816217

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 53040856		SANABRIA FANDIÑO YOHANNA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 17 A # 93 b- 30 PT 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1236549	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	699173103	9468489862	I	2024/06/17	2024/06/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$546,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$282,600	$0	$0	$282,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$282,600	$0	$0	$282,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,100	$0	$0	$43,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$43,100	$0	$0	$43,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,800	$0	$0	$220,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$220,800	$0	$0	$220,800
TOTAL				1	$546,500	$0	$0	$546,500

(6) WhatsApp | (729 no leídos) - dorisaldana64 | CONSULTA AFILIADOS COMPEN | Nostalgia - Canciones que
servicios.adres.gov.co/R-Contributivo/Consultas-y-estadisticas/CONSULTA-AFILIADOS-COMPENSADOS
Gmail | YouTube | Yahoo Español | Últi... | (20+) Facebook | Compartido conmig... | WhatsApp | SURESOC- SUBRED-... | Todos los marcadores

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	53040856	SANABRIA	FANDIÑO	YOHANNA	ANDREA	2024-04	COMPENSAR E.P.S	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
COMPENSAR E.P.S	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

96 Registros en 10 Paginas

Buscar
ESP 8:43 p. m. 10/05/2024