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:	julio cesar medina lozano						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1014235768	
CORREO ELECTRONICO:	lozano.julio1010@gmail.com				CELULAR:	3108703023	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	EXTENSION HOSPITALARIA EN CASA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10I18	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8380430457				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5844			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	2024-08-30 15:03:55.000	NÚMERO DE CRP	56965	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-09-01		2024-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,952,720				
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:	$7,370,312
VALOR EJECUTADO	$5,350,472
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,952,720
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,019,840
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

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
4562208600	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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
HISTORIA CLINICA:2. Apoyar la realizacion de las actividades, procedimientos diagnisticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral. 3. Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes. 4. Llevar registro de la atencion de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplilmento de los procesos de costos y facturacion. 11. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legabilidad, oportunidad e integridad. 12.Realizar los procedimientos al usuario acorde consus responsabilidades dentro del servicio. 13. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere su participacion. 14. Informar al paciente y su familia sobre su condicion, plan de manejo y atención. 17.Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique su cumplimiento. 22. Registrar las actividades realizadas relacionadas ocn la prestacion del servicio de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	Atención directa al paciente que se encuentra ingresado en el programa PEHC de la Subred Sur Occidente	Se realizó la atención a pacientes y usuarios en el servicio del programa de extensión hospitalaria en casa , durante el mes de septiembre 2024
GESTION DE CALIDAD:5, Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido. 6. Participar en la programacion de las actividades del area. 10. Impartir instrucciones al personal a cargo. 19. Participar en las jornadas de capacitacion, inducción, equipos de mejoramiento de acreditacion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 20. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyar la implementación de los mismos. 23. Realizar supervision de los contratos para los que sea designado	Brindar los mecanismos de seguridad y evitar eventos adversos en los pacientes atendidos en el programa de extensión hospitalaria en casa	Se realizaron los cuidados de cada paciente, para prevenir eventos adversos, en el servicio de atencion domiciliaria durante el mes de septiembre 2024
HABILITACION: 7. Reportar os eventos de notificacion obligatria con la cportunidad establecida en la normatividad vigente. 8. Notificar las fallas de calidad que se presetan en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las accioens de mejora definidas para el servicio. 9, Participar en los analisis a los que sea convocado e mplementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 15. Promover acciones de humanizacion en la aatención y de eguidad del pacinete en el servicio. 16. Apoyar en el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la subred.	Cumplir las actividades asignadas por la enfermera coordinadora del programa PEHC	Se cumplieron las actividades asignadas en el servicio de atención domiciliaria, durante el mes de septiembre 2024 de acuerdo a lista de chequeo
VALORES ETICOS:1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil conforme a lo establecido en el programa de atencion hospitalaria en casa, atencion de los pacientes asignados según la ruta establecida en el programa de atención hosptalaria en casa incluyendo el desplazamiento al sitio en el cual se encuentra cada uno de los pacientes. Realizar las actividades clinicas de orientación al paciente, su familia y a la comnidad en cuanto al concepto de relación a la pertinencia de su profesion. 21. Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Reportar anomalías presentadas durante la prestación del servicio en el programa de extensión hospitalaria en cas, que vayan en contra de la seguridad del paciente	Se realizó reporte al área de atención domiciliaria, durante el mes de septiembre L 2024
INVENTARIOS: 18.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	Realizar los procedimientos de acuerdo a los protocolos, guías y manuales establecidos por la Sub Red Integrada de Servicios Sur Occidente	Se realiza de manera adecuada la segregación de residuos en el domicilio , del servicio atención domiciliaria, durante el mes de septiembre 2024

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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:

JULIO CESAR MEDINA LOZANO

C.C 1014235768 De Bogotá

La suma de $ $1,956,720 (un millón novecientos cincuenta y seis mil setecientos veinte mil pesos), por concepto de: Prestación servicios Profesionales y de apoyo a la gestión como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el área de Hospitalizacion en casa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo del **01 al 30 de Septiembre 2024** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 5844-2024



Nombre de contratista

C.C 1014235768 **DE BOGOTA**

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIENDA

NUMERO 008380430457

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

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	53CUENTA COBRO JULIO 24 LOZANO JULIO CESAR.pdf	53CUENTA COBRO JULIO 24 LOZANO JULIO CESAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO MEDINA- AGOSTO.pdf	CUENTA JULIO MEDINA- AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< | Evaluación de la Entidad Estatal | >

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014235768
NOMBRES	JULIO CESAR
APELLIDOS	MEDINA LOZANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/06/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 09/16/2024 13:04:37 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1014235768
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIO CESAR MEDINA LOZANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 66B # 73A- 42	TELÉFONO:	2524177
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4562208600**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2024			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/08/05			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999550040

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1014235768	MEDINA LOZANO JULIO CESAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	101423576	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 402.200**

Planilla Pagada