Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RUSSI LOZANO JORGE ANDRES		345578
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80110705
CORREO	andresrussi@gmail.com	CELULAR	3103360512
PROCESO:	Urgencias		
SERVICIO:	Urgencias	UNIDAD:	Simon Bolivar

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2350-2024			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	166	FECHA	26/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	15357	FECHA	04/02/2024
NÚMERO DE CDP: 2	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 2	36150	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 3	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 3	38582	FECHA	30/07/2024
NÚMERO DE CDP: 4	1062	FECHA	26/08/2024	NÚMERO DE CRP: 4	45263	FECHA	30/08/2024

OBJETO: MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	08	2024		31	08	2024

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	16,069,842	VALOR LETRAS	

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 EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	61,687,458
VALOR EJECUTADO:	53,911,728
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	8,294,112
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	96
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	7,775,730
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	87.39 %

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 $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
7934628	625,400	800,400	5	121,900	0	1,547,700
	0	0		0	0	

SE CORRIGE NUMERO DE PLANILLA REAL ES 79346280

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



TOVAR REYES LUISA FERNANDA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



RUSSI LOZANO JORGE ANDRES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. : 1 DE 1
GESTIÓN DE

ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS				**UNIDAD:**			SIMON BOLIVAR
No. DE CONTRATO: 2350-2024	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA TOVAR REYES		1	8	2024	31	8	2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JORGE ANDRES RUSSI LOZANO DOCUMENTO : 80110705

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como MEDICO ESPECIALISTA - INTERN1STA en la OIRECCIÓN OE SERVICIOS OE URGENCIAS de la SUBRED NTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

TOTAL DE EJECUCIÓN %): __100%_____

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTi\VIDADES REAL]ZAOAS
Rea\'zar en forma oportuna las evoluciones de los pacientes ajustándose a la política de cero tolerancias de pacientes en :ami!fas, y la frecuencia de las mismas será de acuerdo a los :equerimientos clínicos del paciente.	Evolucion diaria de los pacientes asignados al servicio de medicina interna
Realizar en forma oportuna las evolucion es y valoraciones de os pacientes en el servicio de urgencias.	Evoluciones realizadas en el servicio de forma oportuna de acuerdo a las necesidades del servicio y del paciente
Diligenciar en forma completa las remisiones y :ontrarreferencia de los pacientes de la especialidad en los :ervicios de urgencias cuando estén indicados.	Remisiones elaboradas en los formatos establecidos para tal labor de referencia entre sedes y para remision a otras instituciones
Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos po, a institución en el servicio urgencias.	Seguimiento de protocolos de diferentes procesos de servicio de urgencias, seguimiento de guías medicas, realizacion de procedimientos consignados en la historia clinica
Participar con el hospital en las jornadas de emergencias y desastres decretadas por Jas autoridades competentes.	Participacion en joranadas de emergencia y atencion de desastres cuando lo estime pertienente el servicio de urgencias
Registrar las actividades en forma completa y oportuna en el sistema automatizado de historia clínica de acuerdo con las disposiciones legales vigentes a todos y cada uno de los pacientes atendidos, así como la epicrisis al dar de alta al	Registro diario en la evolucion del paciente en la historia clinica electronica dispuesta por la subred norte, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes , realizacion de epicrisis cada vez que el paciente tiene egreso, revision , fallecimiento o alta voluntaria
Hacer cumplimiento de la resolución 1995 de 1994 frente aJ manejo de historia clínica.	Registro de la historia clinica en el sistema automatizado de historia clinica cada vez que se realizan actividades medicas en los pacientes
Aplicar las guías de manejo de su especialidad establecidas y adoptadas por el hospital.	Cumplimiento de las guías establecidas por la subred norte en el diagnostico y tratamiento de los pacientes
Realizar la revisión y actualización de las guías de práctica clínica del servicio de urgencias con base en la evidencia científica y su socialización.	Asistencia a revision y actuaT1zacion de las guías de practica clinica de modo presencial o virtual cuando se notifica de dichas capacitaciones y actualizaciones

iiligenciar personalmente y durante la valoración de los acientes, el consentimiento informado y su comunicación a ›s pacientes y/o familiares y/o tutores, sobre los rocedimientos que sean pertinentes y que puedan afectar al aciente fisica o psiquicamente, salvo en los casos en que ello o fuere posible (urgencias vitales) y le explicará los riesgos y onsecuencias que se puedan presentar. Esta actividad no	Diligenciamiento por especialista de medicina interna de consentimientos informados de procedimientos con comunicación efectiva con los familiares y el paciente con plena informacion de riesgos, ventajas y desventajas sobre la condicion clinica del paciente
Realizar dentro de su especialidad las obligaciones orrespondientes a medicina legal y preventiva.	Notificacion de muertes violentas, fallecimientos de causa no clara , notificacion de incidentes de abandono y agresion sexual según protocolos de institucion, con la debida informacion al servicio de medicina legal. Aplicación de medidas de prevencion de enfermedades , reforzamiento de autocuidado, diligenciamiento de ordenes de seguimiento ambulatorio en los programas de cronicos de hipertnesion, falla cardiaca , nutricion, salud mental aportados por la subred norte
Registrar correctamente las estadísticas vitales en ruaf astitucional en forma oportuna.	Registro de certificados de defuncion en el sistema RUAF , informe en la historia clinica de numero de certificado de defuncion , fecha y hora de elaboracion
Impartir instrucciones al personal de salud que esté Cár o g le los pacientes sobre procedimientos propios de su especialidad.	comunicación efectiva con el personal a cargo sobre procedimientos a realizar a los pacientes
Informar en forma personal, detallada y veraz el estado, Pronóstico y evolución de la enfermedad a los familiares y/o utores del paciente.	Comunicación diaria con los pacinetes , familiares, tutores, cuidadores del pacinete sobre evolucion, diagnostico, pronostico y tratamiento de los pacientes de modo diario
Registrar las enfermedades de acuerdo a la codificación 'igente, como también registrar de manera adecuada los Procedimientos utilizados en el tratamiento del paciente con a codificación requerida.	Registro en la historia clinica de diagnosticos codificados según CIE 10, y registro de procedimientos según codiciacion requerida
Brindar apoyo docente a estudiantes de pre y postgrado, de :onformidad a los convenios establecidos por el hospital y Participar en la programación y evaluación de los mismos, :uando roten por el servicio.	Actividad docente durante revista medica diaria, relizacion de charlas academicas , asignacion de temas a los estudiantes, calificacion de desempeño
OBSERVACIONES: Horas : 96	
FOTAL A PAGAR (8,294.112): OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIE NTO DOCE PESOS M/CTE	
	Fecha- 31 8 2024
JORGE ANDRES RUSSI LOZANO CC: 80110705	Firma de recibido supervisor LUISA FERNANDA TOVAR REYES Firmado digitalmente
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80110705	JORGE ANDRES RUSSI LOZANO	cll 63 a bis # 70 c - 75 apto 204 int 1	2241336	andresrussi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	08/08/2024	79346280	$1.547.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	625.400	0		0		0	0	0	0	625.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	800.400	0	0	0	0	0	0		800.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	121.900				121.900	0	0	121.900			1.219	121.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	625.400	625.400
Pensión	1	800.400	800.400
Riesgos Laborales	1	121.900	121.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.547.700	1.547.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80110705	JORGE ANDRES RUSSI LOZANO	cll 63 a bis # 70 c - 75 apto 204 int 1	2241336	andresrussi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	08/08/2024	79346280	$1.547.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80110705	RUSSI LOZANO JORGE ANDRES	59	0			N																	230301	5.002.445	800.400	0	0	0	0	EPS005	5.002.445	625.400	14-11	5.002.445	3	121.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

RUSSI LOZANO JORGE ANDRES

NIT 80110705-7
Nombre Comercial: RUSSI LOZANO JORGE ANDRES
Régimen: RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS -IVA
Actividad Económica CIIU Nro. 8621
Dirección: CR 74 A 63 92 TO 1 AP 107 CONJ RESERVA DE NORMANDIA
Teléfono: 2241336
Correo: andresrussi@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

CUFE:9c0d142eb134f0ca17b3b254ff29e34c59a45377a9a22f4cedfd0034ae9613af6e08ff5ab2dfaf36d47bb8a940c3ed26

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. JARL94
Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN
Nro. 18764067568222 de 2024-03-19 Vigencia 6 Meses
Rango Autorizado desde JARL 78 hasta JARL 300
Tipo Documento: Factura electrónica de Venta
Tipo Operación: Estándar
Fecha Facturación: 2024-08-14 14:14:02
Fecha Vencimiento: 2024-09-01
Fecha Dian: 2024-08-14 14:14:21
Divisa: COP
Orden Compra Asociada:

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
NIT 900971006-4
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Dirección: Cl 66 15 41
Teléfono: 4431790
Correo: urgencias.simon@subrednorte.gov.co
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Forma de pago	Método de pago
Contado	Consignación bancaria

Nro.	Código	Descripción	U/M	Valor Unitario	Cant.	Valor Neto
1	SM01	Honorario servicios médico internista	94	86,397.00	96.0	8,294,112.00

Total de lineas: 1

Observaciones:
Servicios prestados médico especialista mes de agosto 2024

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

TOTAL BRUTO	8,294,112.00
SUBTOTAL	8,294,112.00

TOTAL EN LETRAS OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO DOCE PESOS COLOMBIANOS

TOTAL VENTA	8,294,112.00