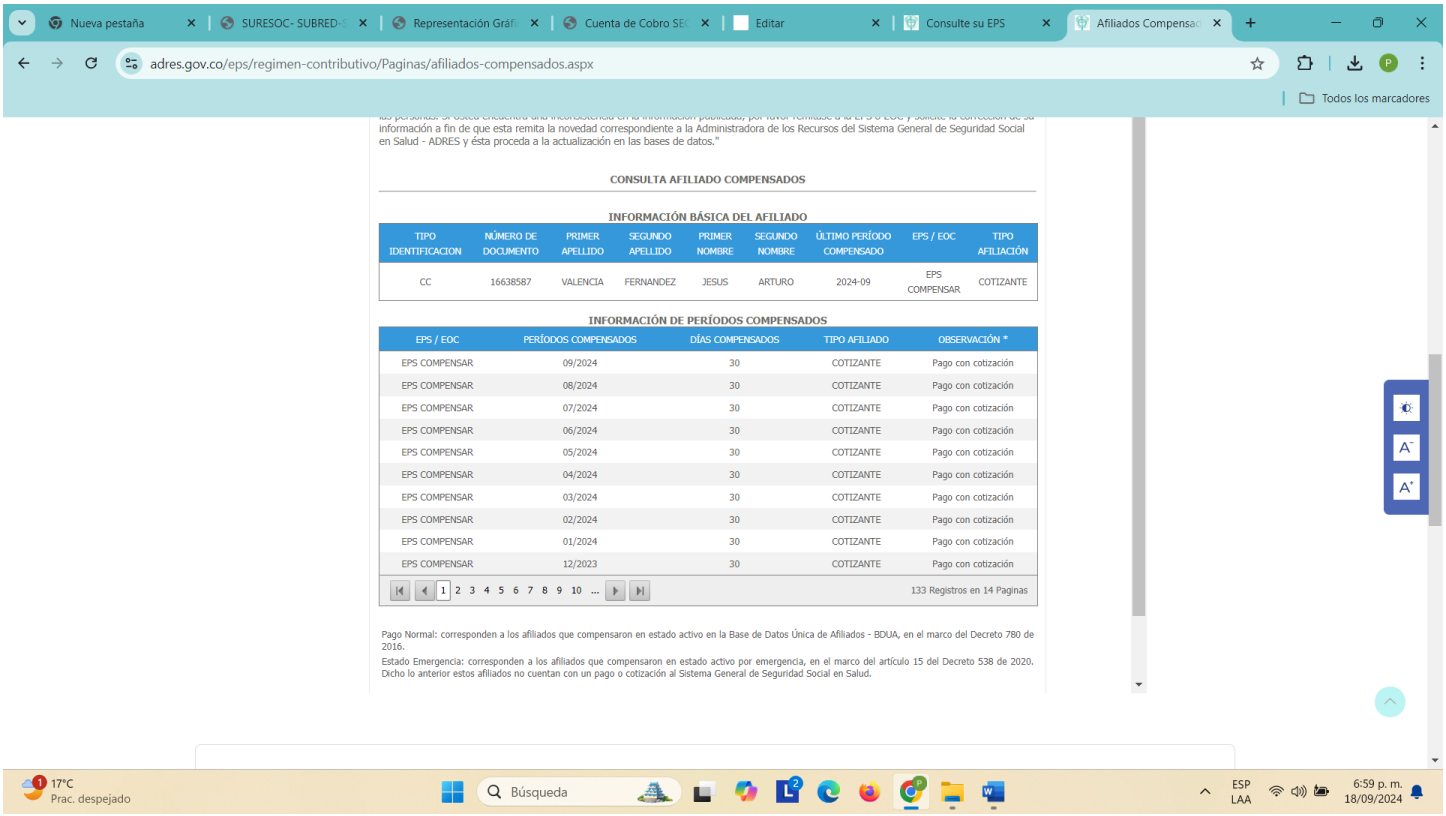


Nueva pestaña | SURESOC- SUBRED-S | Representación Gráfi | Cuenta de Cobro SE | Editar | Consulte su EPS | Afiliados Compensac

adres.gov.co/eps/regimen-contributivo/Paginas/afiliados-compensados.aspx

Todos los marcadores

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	16638587	VALENCIA	FERNANDEZ	JESUS	ARTURO	2024-09	EPS COMPENSAR	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS COMPENSAR	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 133 Registros en 14 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.

17°C Prac. despejado | Búsqueda | ESP LAA | 6:59 p. m. 18/09/2024


Nueva pestaña
SURESOC- SUBRED-S
Representación Gráfi
Cuenta de Cobro SE
Editar
Consulte su EPS
aplicaciones.adres.go
aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=YXalS+ZResTOQ1H7LjBDrg==
Todos los marcadores
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
16638587
NOMBRES
JESUS ARTURO
APELLIDOS
VALENCIA FERNANDEZ
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
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
CONTRIBUTIVO
01/10/2011
31/12/2999
COTIZANTE
Fecha de Impresión: | 09/18/2024 18:57:04 | 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
17°C
Prac. despejado
Búsqueda
ESP
LAA
6:57 p. m.
18/09/2024

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:	JESUS ARTURO VALENCIA FERNANDEZ								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	16638587			
CORREO ELECTRONICO:	arturovalenciaf@hotmail.com				CELULAR:	6560290			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UNIDAD SALUD MENTAL Y DESINTOXICACIÓN (BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD) USS MENTAL FLORALIA				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE12J10	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570004648						PENSIONADO	SI	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3581			VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	2024-08-30 15:03:55.000	NÚMERO DE CRP	55618	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- PSIQUIATRA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2024-09-01		2024-09-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$10,919,916					
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:	$109,199,160
VALOR EJECUTADO	$90,999,300
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10,919,916
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$18,199,860
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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
80273534	$4,159,968	$519,996	$665,595	3	$101,337	$1,286,928

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
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE PSIQUIATRÍA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.	ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE REQUIERAN EL MANEJO POR EL AREA DE PSIQUIATRÍA	HISTORIA CLÍNICA, EVOLUCIONES, CONSTANCIAS, INFORMES, REUNION EQUIPO
REALIZAR LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE SU ESPECIALIDAD	ATENCIÓN, EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, SOLICITUD DE PARACLÍNICOS SI ES NECESARIO, FORMULACIÓN DE MEDICAMENTO, PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR	HISTORIA CLÍNICA, EVOLUCIONES, CONSTANCIAS, INFORMES, REUNION EQUIPO
CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES	MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA, ATENCIÓN ÉTICA E INTEGRAL, ATENDER EN FORMA ADECUADA REQUERIMIENTOS LEGALES	HISTORIA CLÍNICA, EVOLUCIONES, CONSTANCIAS, INFORMES, REUNION EQUIPO
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	ELABORACIÓN DIARIA DE HISTORIA CLÍNICA, ELABORACIÓN DE RIPS	HISTORIA CLÍNICA, RIPS
PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ÁREA,REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, 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	ASISTENCIA A REUNIONES PROGRAMADAS, ELABORACIÓN DE FICHAS EPIDEMIOLÓGICAS, EN EL HORARIO INDICADO	HISTORIA CLÍNICA, RIPS HISTORIA CLÍNICA, FICHAS EPIDEMIOLÓGICAS
IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE	ORIENTACIÓN CON RESPETO Y CLARIDAD SOBRE PROCEDIMIENTOS E INDICACIONES DEL PACIENTE	HISTORIA CLÍNICA, REVISTAS CLINICAS, ENTREGA DE TURNO
DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD,DILIGENCIAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE AL PROCEDIMIENTO	DILIGENCIAR DE MANERA ADECUADA Y COMPLETA LA HISTORIA CLÍNICA. DILIGENCIAR CONSENTIMIENTO INFORMADO	HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
PRACTICAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN,INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICIÓN, PLAN DE MANEJO Y ATENCIÓN	EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE, INFORMAR DE MANERA CLARA Y EMPÁTICA SU CONDICIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA	HISTORIA CLÍNICA, INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR PRESENCIAL Y/O VÍA TELEFÓNICA
EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN,APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED,ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	ELABORAR LA HISTORIA CLÍNICA E FORMA COMPLETA, DAR CONSTANCIA E INCAPACIDADES EN CASO QUE SE REQUIERAN	HISTORIA CLÍNICA, CONSTANCIAS, JUNTAS MÉDICAS
RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO,	USO CORRECTO DE MATERIAL DADO POR LA SUBRED	CUIDADO DE MATERIAL
PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO	ASISTENCIA A REUNIONES Y CAPACITACIONES REQUERIDAS	OJA DE ASISTENCIA
PARTICIPACIÓN EN LAS INVESTIGACIONES QUE SE ADELANTEN EN LA SUBRED QUE PERMITAN CONOCER Y PLANTEAR NUEVAS ALTERNATIVAS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DE LOS USUARIOS, REALIZAR SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS PARA LOS QUE SEA DESIGNADO	PARTICIPACIÓN DE INVESTIGACIONES EN CURSO Y PROPIAS, EN CASO NECESARIO SUPERVISAR CONTRATOS	PROTOCOLOS, REVISTA CLINICA, SEMINARIOS, APOYO EN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE,REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO	PAGO DE SISTEMA DE SALUD EN FORMA MENSUAL Y ENTREGA DEL MISMO	MISMO COMPROBANTE DE PAGO
ADEMÁS DE LAS ANTERIORES Y SIN PERJUICIO DE SU AUTONOMÍA, EL CONTRATISTA TENDRÁ LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES: 1. GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS (IDONEIDAD HUMANA, MORAL Y TÉCNICA) Y DESARROLLAR LAS OBLIGACIONES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL	ATENCIÓN INTEGRAL, HUMANA, ÉTICA Y CON EXCELENCIA A LOS PACIENTES	EVOLUCIÓN DIARIA, INTERVENCIÓN INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR, HISTORIA CLÍNICA
CUMPLIR CON LAS LEYES, DECRETOS, ACUERDOS, RESOLUCIONES, CIRCULAR DE CUALQUIER ÓRGANO EXTERNO O REGLAMENTO INTERNO, CÓDIGO O DIRECTRIZ INTERNA DE LA E.S.E QUE TENGA RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO.	ACTUAR DE ACUERDO A LA LEYES NACIONALES E INTERNAS	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
CONOCER Y APLICAR LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES.	ACTUAR DE ACUERDO A POLÍTICAS INSTITUCIONALES	APLICAR DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

Copia Certificada Subred Sur Occidente

PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN, HABILITACIÓN Y SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN QUE ADELANTE LA SUBRED, Y APOYAR ESTOS PROCESOS CON LA INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN QUE SEA REQUERIDA, SEGÚN EL ÁREA A QUE CORRESPONDA.	PARTICIPAR ACTIVAMENTE DE TODOS LOS PROCESOS NECESARIOS PARA LA HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA IPS	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
RESPONDER POR LAS GLOSAS GENERADAS EN EL DESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO, SI A ELLO HUBIERE LUGAR. EN LOS CASOS EN LOS QUE APLIQUE EL CONTRATISTA AUTORIZA CON LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO EL DESCUENTO DE LOS VALORES QUE SE GENEREN POR GLOSAS DEFINITIVAS NO SUBSANABLES APLICADAS EN CONTRA DE LA E.S.E. Y CON OCASIÓN DEL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES.	EN CASO DE COMPROBACIÓN DE ERROR EN EL SERVICIO POR PARTE DEL PROFESIONAL PAGO DE GLOSAS	PAGO DE LA MISMA
OBRAR CON LEALTAD Y BUENA FE EN EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, DE ACUERDO AL CÓDIGO DEL BUEN GOBIERNO Y ÉTICA INSTITUCIONAL Y/O PROFESIONAL..	ACTUAR DE ACUERDO A LA LEYES NACIONALES E INTERNAS	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
PAGAR SUS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SOBRE LOS MONTOS LEGALES ESTABLECIDOS Y DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA TAL FIN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.	PAGO MENSUAL DE SEGURIDAD SOCIAL	COMPROBANTE DE PAGO<
CUMPLIR CON LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE MANEJO, MANUALES, INSTRUCTIVOS, PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES.	ACTIVIDAD MÉDICA BASADA EN LA EVIDENCIA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO ACTUALIZADO	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
VELAR Y RESPONDER POR LOS RECURSOS Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, DOCUMENTOS O BIENES MUEBLES ENTREGADOS A TÍTULO DE PRÉSTAMO PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO. EN CASO DE INCURRIR EL CONTRATISTA, EN EXTRAVÍO, PÉRDIDA, DESTRUCCIÓN O DAÑO NO PROVENIENTE DEL USO NORMAL, DE BIENES ENTREGADOS PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES, EL CONTRATANTE QUEDA AUTORIZADO PARA DEDUCIR DE LOS SALDOS PENDIENTES A FAVOR DEL CONTRATISTA LAS SUMAS CORRESPONDIENTES COMO PAGO O REPOSICIÓN DE LOS MISMOS.	CUIDAR DE MANERA ADECUADA TODOS LOS BIENES MATERIALES DE LA IPS	ADECUADO CUIDADO DE LO BRINDADO POR LA IPS
EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.	ACTUAR CON MEJORÍA CONTINUA	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
PREPARAR Y PRESENTAR CONFORME A SU COMPETENCIA LOS INFORMES, SOLICITUDES, PETICIONES Y/O RESPUESTAS, REQUERIDAS POR LAS ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS; DENTRO DE LOS TÉRMINOS DE LEY, GARANTIZANDO LA VERACIDAD, OPORTUNIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS MISMOS.	REALIZACIÓN DE INFORMES, PETICIONES Y/O RESPUESTAS REQUERIDAS	DOCUMENTOS ESCRITO
ASISTIR Y APROBAR LOS PROCESOS DE ACTUALIZACIÓN PRESENCIALES Y VIRTUALES, INDUCCIÓN Y/O RE-INDUCCIÓN, PROGRAMADOS POR EL CONTRATANTE Y POR LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR ÉSTE, CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES.	ASISTENCIA A PROCESOS CITADOS	HOJA DE ASISTENCIA, EVALUACIONES
REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL NEGOCIO JURÍDICO E INFORMAR DE MANERA OPORTUNA LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN LA EJECUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS.	ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE REQUIERAN EL MANEJO POR EL AREA DE PSIQUIATRÍA	HISTORIA CLÍNICA Y ACTIVIDADES LABORALES
EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A SALVAGUARDAR LA IMAGEN INSTITUCIONAL. CUALQUIER ACTUACIÓN O PRONUNCIAMIENTO ALGUNO QUE HICIERE SIN EL CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LA E.S.E, QUE COMPROMETA EL BUEN NOMBRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. O DE CUALQUIERA DE SUS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, SERÁ MOTIVO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.	ACTUACIÓN DE MANERA ÉTICA Y HONESTA, SOLO DAR LA INFORMACIÓN AUTORIZADA POR LA ENTIDAD	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
EN CASO DE SER DESIGNADO SUPERVISOR DE UN CONTRATO, REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO TÉCNICO, ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DEL NEGOCIO JURÍDICO ENCOMENDADO, RESPONDIENDO FISCAL, DISCIPLINARIA Y PENALMENTE POR EL MANEJO DE LOS RECURSOS Y ACTIVIDADES QUE ELLO CONLLEVE.	VIGILANCIA DEL ADECUADO DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA EN CASO DE SER SUPERVISOR DEL CONTRATO	DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN EL CASO
EL CONTRATISTA, CUANDO EXISTA UNA NECESIDAD FUNDAMENTAL EN EL MARCO DE SITUACIONES DE EMERGENCIA DONDE TENGA QUE INTERVENIR EL SECTOR SALUD, DEBE GARANTIZAR LA ATENCIÓN MÉDICA Y/O APOYO A LA MISMA AL SER CONSECUENCIA LÓGICA DE LA MISIÓN MÉDICA.	ACTIVIDAD MÉDICA SEGÚN MISIÓN MÉDICA	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
UNA VEZ TERMINADO EL CONTRATO, POR TERMINACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN O ANTICIPADAMENTE, EL CONTRATISTA SE OBLIGA A DAR TRÁMITE DE PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO CON LA ENTIDAD, EL CUAL DEBERÁ ALLEGAR CON LA ÚLTIMA CUENTA DE COBRO, SO PENA DE NO CERTIFICAR EL ÚLTIMO SERVICIO RECIBIDO	DAR TRÁMITE A LAS OBLIGACIONES REQUERIDAS PARA PAZ Y SALVO CON LA ENTIDAD	DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN EL CASO

Copia Certificada Sur Occidente

CONOCER, PROMOVER Y APLICAR LAS NORMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL Y RESIDUOS HOSPITALARIOS, HACIENDO USO EFICIENTE DE LOS INSUMOS PUESTOS A SU DISPOSICIÓN, ASÍ COMO DE LOS RECURSOS DE AGUA Y ENERGÍA Y CONTRIBUIR CON EL RECICLAJE.	RESPONSABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
CUMPLIR CON LOS PLANES DE EMERGENCIA INSTITUCIONALES Y NORMAS DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES PROCURANDO EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD, CONTANDO CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL NECESARIOS PARA EJECUTAR LA ACTIVIDAD CONTRATADA E INFORMANDO A LA SUBRED SUR LA OCURRENCIA DE INCIDENTES O ACCIDENTES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.	ADECUADO USO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS
SI EL CONTRATISTA DESARROLLA ACTIVIDADES EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS, URGENCIAS Y/O COMPLEMENTARIOS, COMO MÉDICO, MÉDICO ESPECIALISTA, ODONTÓLOGO, ODONTÓLOGO ESPECIALISTA, PROFESIONAL EN ENFERMERÍA O BACTERIÓLOGO, SE OBLIGA A CONSTITUIR Y MANTENER VIGENTE GARANTÍA O PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA PROFESIONES MÉDICAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD, EXPEDIDA POR ENTIDAD LEGALMENTE AUTORIZADA, LA CUAL SERÁ SOLICITADA POR LA ENTIDAD EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA SU SOPORTE.	TENER PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD MÉDICO LEGAL ACTIVA	PÓLIZA VIGENTE
EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REALIZAR ACTIVIDADES DE DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN CUANDO LO REQUIERA LA SUBRED DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO PARA ELLO .	ACTIVIDADES DOCENTES DE ACUERDO A PERFIL	REVISTA CLINICA, SEMINARIOS, APOYOEN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
DESARROLLAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL	ACTIVIDAD COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	ACTIVIDADES GENERALES Y ESPECÍFICAS

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 Surooccidente

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
faa5f2b494e0006bdef92b8d57d13543fc6b7ab66ef494fe1c972ced25fa2d4c0b4a8e916fe66ec20a866d8d12f7a9b0

Número de Factura: JAVF-28
Fecha de Emisión: 16/09/2024
Fecha de Vencimiento: 16/09/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: VALENCIA FERNANDEZ JESUS ARTURO
Nombre Comercial: VALENCIA FERNANDEZ JESUS ARTURO
Nit del Emisor: 16638587
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 45 A 25 A 61
Teléfono / Móvil: 3002894316
Correo: arturovalenciaf@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 9 39 46
Teléfono / Móvil: 6014399090
Correo: enrique.soler@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1		HONORARIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA, PERIODO SEPTIEMBRE 1 A SEPTIEMBRE 30 DE 2024	HUR	126,00	$ 86.666,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 10.919.916,00

Notas Finales

HONORARIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PSIQUIATRIA, PERIODO SEPTIEMBRE 1 A SEPTIEMBRE 30 DE 2024
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
16/09/2024 17:32:32
Documento validado por la DIAN:
16/09/2024 17:32:33
XML Generado por:
Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			10.919.916,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			10.919.916,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			10.919.916,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	10.919.916,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764067459975 Rango desde: 20 Rango hasta: 50 Vigencia: 2024-09-17

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	16638587	JESUS ARTURO VALENCIA FERNANDEZ	CALLE 45 A # 25 a - 61	6560290	arturovalenciaf@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	18/09/2024	80273534	$704.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	520.000	0		0		0	0	0	0	520.000	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

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	101.400				101.400	0	0	101.400			1.014	101.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	83.200	0	0	83.200	1

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	520.000	520.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	101.400	101.400
CCF	1	83.200	83.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	704.600	704.600

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	16638587	JESUS ARTURO VALENCIA FERNANDEZ	CALLE 45 A # 25 a - 61	6560290	arturovalenciaf@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

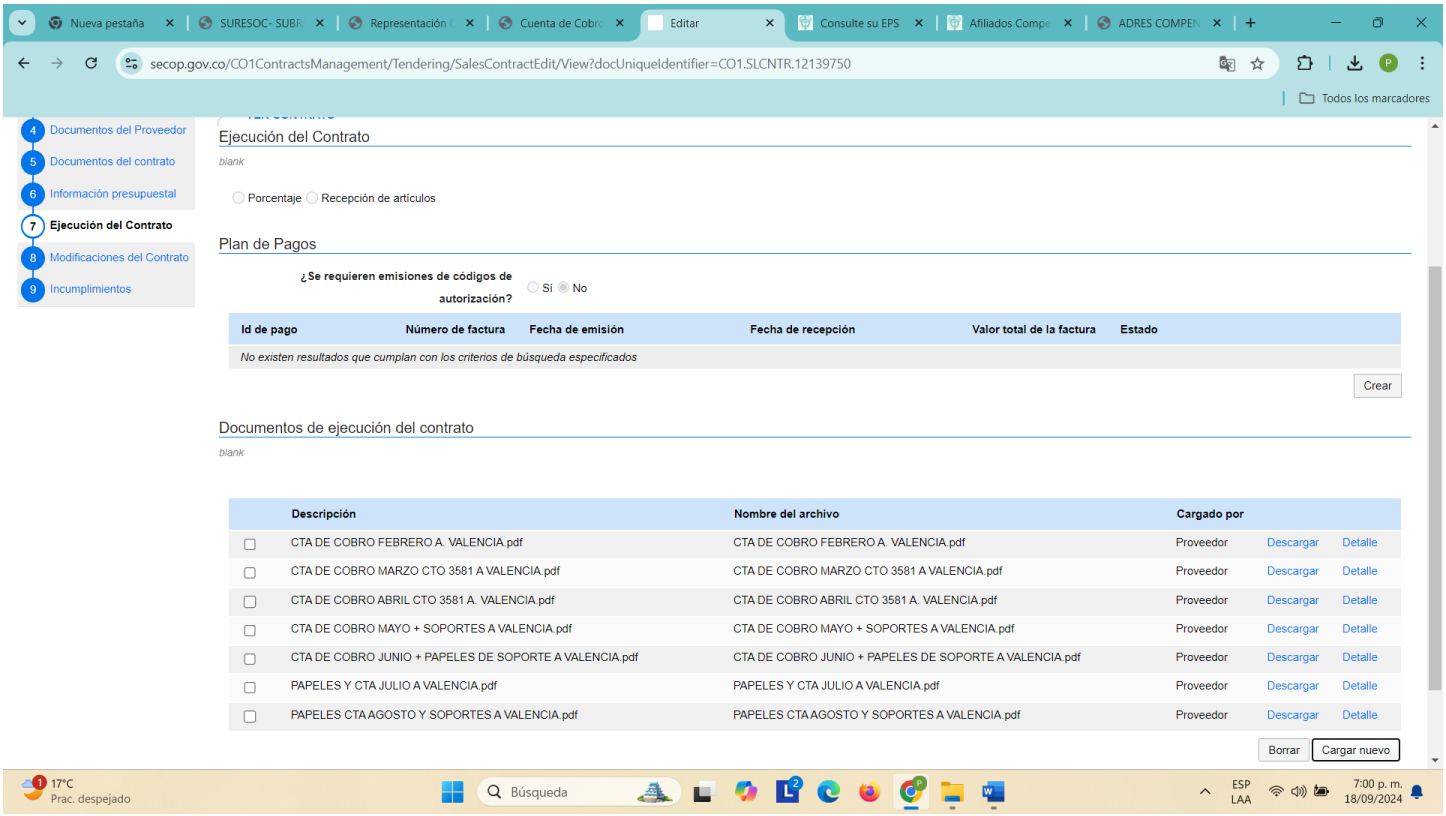
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	18/09/2024	80273534	$704.600	

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	Estornado	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	16638587	VALENCIA FERNANDEZ JESUS ARTURO	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	4.159.968	520.000	14-11	4.159.968	3	101.400	CCF24	4.159.968	83.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Nueva pestaña
SURESOC- SUBR
Representación
Cuenta de Cobro
Editar
Consulte su EPS
Afiliados Compe
ADRES COMPEN
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12139750
Todos los marcadores
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Ejecución del Contrato
blank
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
blank
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CTA DE COBRO FEBRERO A. VALENCIA.pdf
CTA DE COBRO FEBRERO A. VALENCIA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CTA DE COBRO MARZO CTO 3581 A VALENCIA.pdf
CTA DE COBRO MARZO CTO 3581 A VALENCIA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CTA DE COBRO ABRIL CTO 3581 A. VALENCIA.pdf
CTA DE COBRO ABRIL CTO 3581 A. VALENCIA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CTA DE COBRO MAYO + SOPORTES A VALENCIA.pdf
CTA DE COBRO MAYO + SOPORTES A VALENCIA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CTA DE COBRO JUNIO + PAPELES DE SOPORTE A VALENCIA.pdf
CTA DE COBRO JUNIO + PAPELES DE SOPORTE A VALENCIA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PAPELES Y CTA JULIO A VALENCIA.pdf
PAPELES Y CTA JULIO A VALENCIA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PAPELES CTA AGOSTO Y SOPORTES A VALENCIA.pdf
PAPELES CTA AGOSTO Y SOPORTES A VALENCIA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
17°C
Prac. despejado
Búsqueda
ESP
LAA
7:00 p. m.
18/09/2024

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

VICEPRESIDENCIA COMERCIAL Y DE SERVICIO AL CIUDADANO

Trámite de Notificación: 2020_4693401

PUNTO COLPENSIONES: OFICINA SECCIONAL A TEUSAQUILLO (ANTERIOR CUNDINAMARCA)
SUBTRÁMITE(S) RECONOCIMIENTO: 2020_4285636
OTROS SUBTRÁMITES:

TIPO DOCUMENTO CAUSANTE: CC
NÚMERO DOCUMENTO CAUSANTE: 16638587
NOMBRE CAUSANTE: JESUS ARTURO VALENCIA FERNANDEZ

En BOGOTÁ - BOGOTA D.C el 7 de mayo de 2020

Se presentó JESUS ARTURO VALENCIA FERNANDEZ, identificado con CC 16638587 en calidad de Afiliado. Con el fin de notificarse de la resolución N° SUB 94249 del 17 de abril de 2020, mediante la cual se reconoce pensión de vejez.

Enterado de su contenido, se informa que contra la presente Si procede el (los) recurso(s) de Reposición y/o en subsidio de apelación, los cuales en determinado caso deben ser interpuestos ante Colpensiones, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia y se hace entrega de la copia íntegra, auténtica y gratuita del acto administrativo.
En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI ___ NO___ NO APLICA __X__ he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el artículo 453 del código penal. Así mismo declaro bajo gravedad de juramento. So pena de incurrir en conducta tipificada en el artículo 442 del código penal Colombiano modificada por el artículo 8 de la ley 890 de 2004 "falso testimonio". El que en actuación judicial o Administrativa, bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro a ocho años, que NO he solicitado, ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga con el artículo 128 de Constitución Política Colombiana. Igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al decreto 758 de 1990.

OBSERVACIONES_____

FIRMA:_____

NOMBRE NOTIFICADO: JESUS VALENCIA FERNANDEZ
CC 16638587

FIRMA:_____

NOMBRE NOTIFICADOR: MARIA CAMILA MESA LOZANO
CC 1019067482