| 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: | jefersson andres orjuela ayala | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1022360481 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | andres753_8@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3142797016 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10I06 | 70 | KE10B04 | 30 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 41602855 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3520 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1922 | FECHA | 2024-08-30 15:03:55.000 | NÚMERO DE CRP | 55566 | FECHA | 2024-08-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO GENERAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-09-01 | | 2024-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,434,004 | | | | |
| 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: | $34,585,326 |
| VALOR EJECUTADO | $28,943,748 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,434,004 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,641,578 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 84% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1065973148 | $1,569,830 | $196,229 | $251,173 | 3 | $38,241 | $485,643 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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 |
|---|---|---|
| 1) 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 |
| 2) 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 |
| 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 | 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 |
| 4) 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 |
| 5) 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) |
| 6) 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 |
| 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. | 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 |
| 8) 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 |
| 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 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 |
| 10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | 10) Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos |
| 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | 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 |
| 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | 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 |
| 13) Emitir conceptos médicos que se le requieran. | 13) Emití los conceptos médicos que fueron requeridos. | Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos |
| 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | 14) Apoyé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | no aplica |
| 15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento | 15) Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento | Registro en el aplicativo institucional de historia clinica de los pacientes atendidos |
| 16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | 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 |
| 17) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las CONDICIONES CONTRACTUALES actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | 17) Respondí por los elementos entregados para el desempeño de mis CONDICIONES CONTRACTUALES actividades asignadas | no aplica |
| 18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 18) Participé en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Listas de asistencia |
| 19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 19) Conocí y dí cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | no aplica |
| 20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | 20) Apoyé a la Subred en las actividades demandadas según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | no aplica |

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | 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 |
| 22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | no aplica | |
| 23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | 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 FACTURAR**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JEFERSSON ANDRES ORJUELA AYALA**

**C.C No. 1022360481 de Bogotá**

La suma de: ($3.434.004) Tres millones cuatrocientos treinta y cuatro mil cuatro pesos m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios como Médico Hospitalario II en el servicio de medicina interna de la unidad Kennedy, por 84 horas a razón de $40.881 hora. durante el periodo de 01 al 30 de septiembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3520-2024.



**JEFERSSON ANDRES ORJUELA AYALA**

**C.C No. 1022360481 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**

**NUMERO 041602855**

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-09-19, 10:02:37 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2024 |
| **Empresa** | JEFERSSON ANDRES ORJUELA AYALA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1022360481 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1065973148 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 924158559 |
| **Banco** | (1001) - BANCO DE BOGOTA |
| **Valor** | $ 486.300 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 251.200 | $ 200 |
| N830113831 | EPS001 | CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD | 1 | $ 196.300 | $ 200 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 38.300 | $ 100 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 485.800 | $ 500 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 486.300 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

(2) WhatsApp | Recibidos (9) - dorisaldanaaran | (96 no leídos) - dorisaldana64 | Afiliados Compensados
adres.gov.co/eps/regimen-contributivo/Paginas/afiliados-compensados.aspx
Gmail YouTube Yahoo Español | Últi... (20+) Facebook Compartido conmig... WhatsApp SURESOC- SUBRED-... Todos los marcadores

## 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 | 1022360481 | ORJUELA | AYALA | JEFERSSON | ANDRES | 2024-08 | EPS ALIANSALUD | COTIZANTE |
| CC | 1022360481 | ORJUELA | AYALA | JEFERSSON | ANDRES | 2019-07 | NUEVA EPS | COTIZANTE |
| CC | 1022360481 | ORJUELA | AYALA | JEFERSSON | ANDRES | 2014-03 | EPS COMPENSAR | COTIZANTE |
| CC | 1022360481 | ORJUELA | AYALA | JEFERSSON | ANDRES | 2014-12 | EPS COMPENSAR | BENEFICIARIO |
| CC | 1022360481 | ORJUELA | AYALA | JEFERSSON | ANDRES | 2017-08 | EPS COOMEVA | COTIZANTE |

### INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| EPS ALIANSALUD | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS ALIANSALUD | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS ALIANSALUD | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS ALIANSALUD | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS ALIANSALUD | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS ALIANSALUD | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS ALIANSALUD | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS ALIANSALUD | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS ALIANSALUD | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS ALIANSALUD | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 114 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

Buscar ESP 10:16 a. m. 13/08/2024