



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 1023953423		SANTIAGO MEDINA JORDAN ALEXIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 5 d bis n 48 m sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5213443	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	45888329	9490297400	1	2025/08/08	2025/08/14	BANCO DE OCCIDENTE	\$471,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700
TOTAL				1	\$469,000	\$2,000	\$0	\$471,000

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA		CC:	1023953423	
CORREO ELECTRÓNICO:	jasantiago@fucsalud.edu.co		TELÉFONO:	3042166871	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5D BIS 48M 45 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	062092085

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5851 2025	N° CDP:	2547	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 6.000.056



JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA
PS_5851_2025_42E9AB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA

CC: 1023953423

CEL: 3042166871

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA

CON C.C N°

1.023.953.423

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5851 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 12.000.112	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.174.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
-------------------------------	---------------------------

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1	CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICAMENTE CON ESPECIALISTAS DE LA SUBRED, QUIENES REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO.
2	ESTABLECER LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA: ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES.
3	ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN.
4	REALIZAR VALORACIONES INTEGRALES EN JORNADAS DE SALUD.
5	ELABORAR Y CONCERTAR, EL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR.
6	ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN
7	REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD DEFINIDA POR LA SUBRED Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN
8	EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE Y NOTIFICAR AL GESTOR FAMILIAR Y/O SU EQUIPO DE APOYO.
9	IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO.
10	IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO.
11	IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD.
12	EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A POBLACIÓN PRIORIZADA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SE DEBE PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA EN DONDE EL USUARIO ESTE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO.
13	VERIFICAR PARA TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR QUE HAYAN ACUDIDO A TODAS LAS ATENCIONES DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 EN EL CASO CONTRARIO, ORDENAR O CANALIZAR.
14	EN CASO DE IDENTIFICAR POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIOS DEBE REMITIR LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN DE OFICIO A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL (SAT).
15	EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA EN CUALQUIERA DE SUS VISITAS, LOS INTEGRANTES DEL GRUPO BASE ASISTIRÁN A QUIEN LO NECESITE Y/O SOLICITARÁN APOYO AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS - CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA REMITIR A LA PERSONA A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD IPS QUE PUEDA ATENDERLO.
16	PRODUCTOS A ENTREGAR POR EL PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SISS, DILIGENCIADA, ORDENES MÉDICAS (EN EL CASO DE QUE EL USUARIO PERTENEZCA A PNA, CAPITAL SALUD U EAPB QUE TENGA CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), CANALIZACIÓN SIRC (PARA USUARIOS DE OTRAS EAPB QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), BASE DE DATOS DEFINIDA PARA EL CONVENIO, FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA IDENTIFICADO Y PLAN DE CUIDADO FAMILIAR.

17	REALIZAR DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024.
18	REALIZAR DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES, FORMULACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD.
19	ASISTIR A COMITÉS DE SALUD.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9490297400	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/08/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/08/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA PS_5851_2025_42E9AB JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA CC: 1023953423
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_5851_2025_42E9AB BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO