

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Jaime Gaviria Lozano					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		80150530
CORREO ELECTRONICO:			jagaviria@uan.edu.co			CELULAR:		6014533862
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU46K33-5	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		550488417351423					PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		9790			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1116	FECHA	2025-05-12 16:11:10.000		NÚMERO DE CRP	23531	FECHA	2025-05-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN MEDICINA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL
					2025-06-01			2025-06-30
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$6,556,373			
TIPO DE SERVICIOS		PIC		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:						\$55,797,454		
VALOR EJECUTADO						\$42,173,428		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$6,556,373		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$13,624,026		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						76%		
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	
33842925	\$3,732,998	\$466,625		\$597,280	3	\$90,936	\$1,154,840	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes	Cumplimiento de las actividades afines al perfil especializado, asignadas por el supervisor y líder del modelo de salud territorial	Visitas de equipos básicos extramurales
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado.	Participación en reuniones convocadas por SDS y/o la líder del modelo de salud territorial	Actas y/o listados de asistencia, participacion en reuniones convocadas
Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	Realizacion de acciones de control, informacion, sensibilizacion, educacion, canalizacion, notificacion eventos de interes en salud publica	Realizacion de acciones de control, informacion, sensibilizacion, educacion, canalizacion, notificacion eventos de interes en salud publica
Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes.	Incorporar en las actividades diarias los ejes de humanizacion y seguridad del paciente	Cumplimiento delas guias y protocolos establecidos segun guia operativa de SDS.
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	Participación en reuniones convocadas por SDS y/o la líder del modelo de salud territorial	Actas y/o listados de asistencia, participacion en reuniones convocadas.
Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	no fue programada	no fue programada
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención	Entrega oportuna y con calidad de informes requeridos por la supervision del contrato	Entrega periódica de base de datos de famiaas caracterizadas del modelo de salud territorial
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.	Entrega oportuna y con calidad de informes requeridos por la supervision del contrato	Entrega periódica de base de datos de famiaas caracterizadas del modelo de salud territorial.
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos.	Elaborar y entregar de manera oportuna y con calidad de informes de gestion	Bases de caracterizaciones con precritica efectuada
Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.	no fue programada	no fue programada
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.	no fue programada	no fue programada
Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Mantenimiento de la imagen institucional velando por su cuidado	Adecuado uso de la imagen institucional en las visitas efectuadas
Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones	Mantenimiento de la imagen institucional velando por su cuidado	Adecuado uso de la imagen institucional en las visitas efectuadas
Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Mantenimiento de los insumos institucionales velando por su cuidado	Adecuado uso de los instrumentos de valoración institucionales en las visitas efectuadas
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	no fue programada	no fue programada

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

JAIME GAVIRIA LOZANO

C.C 80.150.530 de BOGOTA D.C

La suma de SEIS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/C. (6.556.373) por concepto de servicios como MEDICO, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 1 al 30 de JUNIO de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9790-2024.



JAIME GAVIRIA LOZANO

C.C 80.150.530 de BOGOTA D.C

CUENTADE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550488417351423

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 30 de JUNIO 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA

Apoyo a la supervisión

Equipos Básicos extramurales

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	DICIEMBRE 2024 .pdf	DICIEMBRE 2024 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	ENERO 2025 .pdf	ENERO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	JAIME GAVIRIA LOZANO 80150530 .pdf	JAIME GAVIRIA LOZANO 80150530 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	MARZO 2025 .pdf	MARZO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	ABRIL 2025 .pdf	ABRIL 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	MAYO 2025 .pdf	MAYO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle



RAZÓN SOCIAL :	JAIME GAVIRIA LOZANO
IDENTIFICACIÓN:	CC-80150530
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-06-28
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-26
FECHA DE PAGO:	2025-06-26
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33842925
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33842925
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 3.732.998	\$ 0	\$ 0	\$ 4.900	\$ 466.700	\$ 471.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 3.732.998	\$ 0	\$ 0	\$ 6.200	\$ 597.300	\$ 603.500
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 3.732.998	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000	\$ 91.000	\$ 92.000
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 12.100	\$ 1.155.000	\$ 1.167.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/07/2025
----------------------------------	------------