

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

IVAN LEONARDO USECHE
MAHECHA
C.C. 79793638 de BOGOTA

La suma de 2.212.992 \$ **(Dos millones doscientos doce mil novecientos noventa y dos pesos MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de imagenología, 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 como **Auxiliar de Enfermería**; en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de **Radiología**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de enero de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 1396-2025**.

Ivan Leonardo Useche Mahecha
C.C. 79793638 de Bogotá
Cel: 3214219219
CUENTA DE AHORROS # 42344663
Banco BBVA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79793638	IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA		CL 66 A SUR NO 80 L 04	8143019	iltat1122@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92534859	TOTAL A PAGAR \$440.500

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79793638	IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA		CL 66 A SUR NO 80 L 04	8143019	iltat1122@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92534859	10
					TOTAL A PAGAR
					\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	79793638	USECHE MAHECHA IVAN LEONARDO	59	0		N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su 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	79793638	USECHE	MAHECHA	IVAN	LEONARDO	2025-12	Compensar	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Compensar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...				147 Registros en 15 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.

Volver a Consultar

Descargar

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud



Sede principal:

Centro Empresarial Elemento

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16

Código Postal 111071, Bogotá, D.C.

Línea fija en Bogotá 601 7450924, horario de Atención: De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Línea de atención telefónica Bogotá PBX +57 601 432 27 60

Horarios de Atención:

Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Si necesita radicar una petición, puede realizarla vía correo electrónico a correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co o a través del siguiente enlace: <https://www.adres.gov.co/portal-del-ciudadano/pgrsd>

					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:			IVAN LEONARDO USECHE MAHECHA					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		79793638
CORREO ELECTRONICO:			iltat1122@hotmail.com			CELULAR:		7755127-3214219219
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A D RADIOLÓGICA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE11L02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BBVA COLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			42344663				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1396			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	3667	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-01-01			2026-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,212,992				
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:						\$2,212,992		
VALOR EJECUTADO						\$2,212,992		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,212,992		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
El intervisor 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		
92534859	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RONALD MEZA COLON 91446480 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
Portar los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades.	Cumplo con el porte de los elementos de los elementos básicos para el desarrollo de mis actividades.	Tengo los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.
Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento.	Tener oportunamente los elementos necesarios para el desarrollo de mis actividades.	Tengo listo los elementos de acuerdo a cada procedimiento.
Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.	Realizo mis actividades y procedimientos con una técnica adecuada.	Cumplo con mis actividades de forma responsable y siguiendo los protocolos establecidos.
Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada.	Realizo mis actividades y procedimientos con una técnica adecuada.	Hago los procedimientos, siguiendo los protocolos.
Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma.	Arreglo ,limpio y organizo la unidad.	Arreglo ,limpio y organizo la unidad.
Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales.	Preparo y colaboro a los pacientes, para la realización de su examen.	Realizo registro de notas de enfermería con cada actividad.
Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulación y traslados.	Asisto de manera oportuna y eficaz a mis pacientes en cada una de sus actividades.	Desarrolle mi nota de enfermería en la aplicación de dinámica.
Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados.	Na.	Na.
Realizar personalmente las actividades, objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados.	Realizo todas las actividades para la cuales fui contratado y respondo por cada una de ellas siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad de todo el equipo de trabajo el cumplir a cabalidad con nuestro trabajo.	Realizo libro de entrega de turno y actas.
Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	Dedico la totalidad del tiempo para el desarrollo de mis actividades contractuales.	Registro en el formato de recibo y entrega de turno.
Recibir y entregar la información detallada del servicio a cargo (TAC, Rx, Ecografía).	Diligencio diariamente el libro de entrega de turno.	Realizo y registro en el libro de entrega de turno.
Atender las necesidades del equipo de trabajo.	Atiendo las necesidades de mi equipo de trabajo.	Soy eficiente y eficaz.
Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.	Explico los procedimientos que se van a realizar a los pacientes y a su acompañante.	Realizo acta de consentimiento informado.
Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.	Respeto los derechos y trato con ética a todos los pacientes.	Se brinda información oportuna y eficaz.
Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.	Respeto los derechos y trato con ética a todos los pacientes.	Trabajo con ética.
Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	Trato con respeto y de la mejor forma a las personas de mi entorno.	Mantengo buenas relaciones con el personal y los pacientes.
Aplicar los principios de técnica aséptica.	Cumplo con todas las disposiciones impartidas por mi jefe inmediato.	Firma de actas de compromiso.
Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.	Aplico los principios de técnica aséptica.	Realizo carpeta de control de desinfección y limpieza.
Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	Aplico las normas de bioseguridad en el manejo de fluidos.	Se realiza registro en la carpeta de control de desinfección y limpieza.
Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos y materiales.	Cumplo con todos los protocolos establecidos en el programa de salud ocupacional.	Realiza seguimiento en el aplicativo almera.
Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	Vigilo e informo faltantes de inventario.	Se realiza registro de inventario.
Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.	Porto el carnet durante todo mi turno.	Porto el carnet durante todo mi turno.
Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.	Hago uso adecuado y racional de los insumos y equipos utilizados en mi labor.	Se realiza el registro de libro de control.
Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.	Mantengo limpios y ordenados todos los equipos y materiales utilizados.	Se realiza registro de carpeta de control de desinfección y limpieza de equipos.
Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	Salvaguardo todos los elementos que se encuentra a mi cargo.	Se realiza la entrega de libro de entrega de turno.
Se realiza preparación previa antes del examen, explicando sus riesgos.	Gestión del procedimiento antes de iniciar.	Se realiza procedimiento de acuerdo a los protocolos.

Aprendizaje continuo y actualización de protocolos instituciones.	Se cumple con capacitación y reinducción institucional.	Se realiza aprendizaje continuo (Asegúrate mes de enero).
Se realizan inventarios, carpetas de control y supervisión de la temperatura y humedad del servicio.	Se verifica carpetas y se realiza inventarios a diario.	Se realiza verificación de temperatura estándar en el servicio (Se registra temperatura de control en el libro.)
Se realiza desinfección rutinaria y terminal.	Se realiza desinfección a diario y los fines de semana.	Se deja registro de actividades en el servicio.
Se realiza pedido de insumos necesarios para el servicio.	Se realiza inventario de la unidad a diario.	Se deja lista de insumos que se utilizan en el mes.

RONALD MEZA COLON
91446480
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