Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 VERSIÓN: 8 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **RUSSI LOZANO JORGE ANDRES**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**80110705**
CELULAR: **3103360512**	CORREO ELECTRÓNICO: **andresrussi@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	CENTRO DE COSTOS: **HSBI06 - HOSP MEDICINA INTERNA USS SIMÓN BOLÍVAR**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO BOGOTA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **188417**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **2011-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10568	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	21264	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	769	**FECHA**	28/05/2026	**CRP 3**	22312	**FECHA**	29/05/2026
CDP 4	1164	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 4**	35148	**FECHA**	26/08/2026
CDP 5	–	**FECHA**	–	**CRP 5**	–	**FECHA**	–
CDP 6	–	**FECHA**	–	**CRP 6**	–	**FECHA**	–

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**			**HASTA**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	01	**07**	**2026**	**31**	**07**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	TIPO DE SERVICIOS:	VALOR HORA / DÍA:
$ 8.987.328	**ASISTENCIAL**	**$ 93.618**

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

En el informe de actividades en distintos apartados de las actividades, no esta describiendo la actividad que desarrolla para cumplir con la obligacion, debido a que el contenido consiste en una duplicación de textos anteriores (copiar y pegar), por lo que no se considera un informe válido para proceder con el pago.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 50.553.720**
VALOR EJECUTADO	$ 42.689.808
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 7.863.912**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	96
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	84
SALDO POR EJECUTAR	$ 7.863.912
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**84.4 %**

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.**

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
$ 3.594.931	$ 500.000	$ 640.000	III	$ 97.500	**$ 1.237.500**	92813930

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Julio** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
RUSSI LOZANO JORGE ANDRES
CC: 80110705

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**	UNIDAD: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**						
No. DE CONTRATO: **2011-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	07	2026	31	07	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **RUSSI LOZANO JORGE ANDRES**	DOCUMENTO: **80110705**						
OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): **84.4 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Durante 7 a 8 turnos del periodo revisé los antecedentes, hallazgos, diagnósticos y conductas de los pacientes interconsultados, y dejé respuestas de interconsulta completas, oportunas y trazables en la historia clínica.
2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	En cada valoración identifiqué riesgos clínicos, concilié la información disponible, definí recomendaciones seguras e informé al paciente o su familia, aplicando los ejes de seguridad, humanización y atención centrada en el usuario.
3. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	Cumplí la programación aproximada de un turno cada cuatro noches (7 a 8 turnos en el mes) y respondí oportunamente las interconsultas asignadas.
4. Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades.	Verifiqué identificación, antecedentes, medicamentos, resultados paraclínicos e imágenes; formulé impresión diagnóstica y plan de manejo de acuerdo con los procesos prioritarios y la normatividad vigente.
5. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales.	Realicé recibo y entrega de cada turno, informando pendientes clínicos y administrativos relevantes y utilizando los mecanismos institucionales establecidos.
6. Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos, respuesta interconsulta, y otros según el caso) dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad.	Respondí aproximadamente entre 6 y 8 interconsultas por turno, para un estimado mensual de 45 a 60 valoraciones por medicina interna; registré anamnesis, examen físico, análisis, diagnósticos, conducta, órdenes y recomendaciones. Además, revisé la historia clínica y diligencié los certificados de defunción requeridos durante el periodo.
7. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución.	Informé al paciente y/o su familia sobre hallazgos, impresión diagnóstica, conducta, riesgos, signos de alarma y recomendaciones, dejando registro en la historia clínica cuando correspondió.
8. Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución.	Seleccioné y apliqué las guías y protocolos pertinentes para cada paciente interconsultado, ajustando las recomendaciones a los hallazgos clínicos, comorbilidades, resultados disponibles y contexto asistencial.
9. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	Realicé o apoyé la notificación de sucesos de seguridad, infecciones asociadas a la atención y eventos de interés en salud pública identificados durante los turnos, cuando se presentaron.
10. Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	Mantuve actualizados los registros clínicos y los sistemas de información institucionales asociados a las interconsultas, órdenes, conductas y demás actividades desarrolladas.
11. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	Participé en las capacitaciones virtuales o presenciales convocadas por la Subred Centro Oriente y completé las actividades requeridas para su aprobación.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
12. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.	Presenté los pretest y postest correspondientes a aproximadamente cuatro capacitaciones mensuales, de acuerdo con la programación institucional.
13. Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	Utilicé de forma responsable los equipos, elementos e insumos puestos a disposición para la valoración clínica y el desarrollo de las actividades asistenciales.
14. Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido.	Asistí a los comités o reuniones intra y extrainstitucionales para los cuales fui convocado durante el periodo, cuando correspondió.
15. Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad.	Verifiqué en mis registros la identificación del paciente, fecha y hora, valoración, análisis, conducta, firma y trazabilidad, como aplicación práctica de los lineamientos de habilitación, acreditación y calidad.
16. Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.	Integré la información clínica, prioricé problemas, emití recomendaciones sustentadas, comuniqué oportunamente hallazgos relevantes y completé las actividades institucionales de actualización y evaluación.
17. Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución.	Coordiné la atención con urgencias, hospitalización, enfermería y las demás especialidades o áreas involucradas, dejando recomendaciones y planes de manejo interdisciplinario.
18. Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades.	Realicé uso racional de insumos médico- quirúrgicos y recursos diagnósticos, solicitándolos según indicación clínica y necesidades del paciente.
19. Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte.	Brindé atención respetuosa, digna y humanizada a pacientes y familias, y mantuve comunicación profesional con el equipo de trabajo.

OBSERVACIONES:

84 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 7.863.912 — SIETE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS M/CTE

Fecha: 31/07/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
RUSSI LOZANO JORGE ANDRES
CC: 80110705

Fecha: 31/07/2026



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

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	80110705	JORGE ANDRES RUSSI LOZANO	cll 63 a bis # 70 c - 75 apto 204 int 1	2241336	andresrussi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92813930	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.237.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	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	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	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	97.500				97.500	0	0	97.500			975	97.500	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	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	97.500	97.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.237.500	1.237.500

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	80110705	JORGE ANDRES RUSSI LOZANO	cll 63 a bis # 70 c - 75 apto 204 int 1	2241336	andresrussi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92813930	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.237.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 80110705	RUSSI LOZANO JORGE ANDRES	59	0			N																	230301	4.000.000	30	640.000	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	30	500.000	14-11	4.000.000	30	3	97.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

RUSSI LOZANO JORGE ANDRES

NIT 80110705-7
Nombre Comercial: RUSSI LOZANO JORGE ANDRES
Régimen: RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS -IVA
Actividad Económica CIIU Nro. 8621
Dirección: CR 74 A 63 92 TO 1 AP 107 CONJ RESERVA DE NORMANDIA
Teléfono: 2241336
Correo: andresrussi@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

CUFE:d85f037655183c324b72b5ece05ee04fe2703f81ced179b1738ffcee799312b3264cb5ed1c8c835c447f1d98378a639c

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. JARL120
Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN Nro. 18764110994569 de 2026-06-09 Vigencia 6 Meses
Rango Autorizado desde JARL 119 hasta JARL 300
Tipo Documento: Factura electrónica de Venta
Tipo Operación: Estándar
Fecha Facturación: 2026-07-20 18:42:59
Fecha Vencimiento: 2026-07-31
Fecha Dian: 2026-07-20 18:43:20
Divisa: COP
Orden Compra Asociada:

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
NIT 900971006-4
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Dirección: Cl 66 15 41
Teléfono: 4431790
Correo: urgencias.simon@subrednorte.gov.co
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Forma de pago	Método de pago
Contado	Consignación bancaria

Nro.	Código	Descripción	U/M	Valor Unitario	Cant.	Valor Neto
1	SM01	Honorario servicios médico internista	94	7,863,912.00	1.0	7,863,912.00

Total de lineas: 1

Observaciones:
Servicios medico especialista

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

TOTAL BRUTO	7,863,912.00
SUBTOTAL	7,863,912.00

TOTAL EN LETRAS SIETE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS COLOMBIANOS

TOTAL VENTA	7,863,912.00