

 <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>					Versión	3		 <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div>	
					Fecha de aprobación	2/15/2018			
					Código:	04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			DIANA CAROLINA LOZANO MUÑOZ						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		53135229	
CORREO ELECTRONICO:			dianacaro.2511@hotmail.com			CELULAR:		3002419760	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A USU ATENCION AL USUARIO USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE10002	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			62412223620				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		782			VIGENCIA			2024	
NÚMERO DE CDP	1647	FECHA	2024-06-30 15:24:20.000		NÚMERO DE CRP	39413	FECHA	2024-07-10 16:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		LIDER DE PROGRAMAS ESPECIALES							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-06-01			2024-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$4,096,278				
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:						\$20,481,390			
VALOR EJECUTADO						\$20,481,390			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,096,278			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$0			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%			
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		
9467570180	\$1,638,511	\$204,814		\$262,162	3	\$39,914	\$506,890		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
MARCELA CASTELLANOS CABRERA 39788222 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
Liderar las actividades diseccionadas por la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano de la unidad de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Jefe de Oficina.	"Se coordinan las diferentes estrategias de la Oficina,(Grupo Focal ,Este mes con tu derecho y tu deber, Socialización de Derechos y Deberes). "	Actas de asistencia
Socializar la línea técnica brindada por la Jefe de la Oficina, al personal a cargo (Auxiliares de Servicio al Ciudadano y Trabajadoras Sociales)	"Se da Línea Técnica impartida por la jefe de la oficina, al talento humano (Trabajadoras sociales y auxiliares de servicio al ciudadano),En temas de call center. "	Lista de Chequeo - Actas de asistencia
Coordinar al personal a cargo, realizar acompañamientos y verificación de adherencia a los procesos y procedimientos durante el ciclo de atención en salud.	"Coordinar los puntos de atención y personal a su cargo.Se realizaron acompañamientos en la Unidad,aplicando lista de Chequeo de charla en sala de espera . "	Lista de chequeo Trabajo Social y Auxiliares de Servicio al Ciudadano
Distribución de turnos asistenciales.	Se realiza Programación de turnos de Trabajo Social y Auxiliares de servicio al Ciudadano . Se organiza distribución de cubrimiento de apoyo en las Unidades	Correo Electrónico Oficina
Monitorear la realización de encuestas de satisfacción, charlas en salas de espera, captura y registro de lista de espera y barreras de acceso	Se realiza Monitoreo y verificación en aplicativo Almera del registro de encuesta de satisfacción ,Se realiza verificación diaria del Drive de la Unidad , monitoreando que se suba el soporte de la realización de las charlas,Se valida por medio del aplicativo SI CUENTANOS el ingreso de las barreras de acceso de las Unidades.	Correo Electronico - Drive.
Elaborar mensualmente informes estadísticos de los indicadores trazadores de la oficina.	Consolidar verificar y analizar el Informe de Gestión de las Unidades (Donde se reporta ,Estrellas Luminosas ,Socialización de Derechos y Deberes,Socialización de Derechos y Deberes con colaboradores , Plan Padrino ,Estrategias Diferenciadoras-Identificación de Dolor -entre otras), Elaboración de Informe Charlas Covid Por Unidad,Informe SAT , Informe de Abandonos.	Informe de Gestión del mes
Monitorear la realización de la revista diaria a los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización y urgencias por parte del equipo de Trabajo Social	Verificación de informe de actividades de Trabajo Social (Derecho y Deberes ,Estrategia estamos Contigo paciente hospitalizado,)	Correo electrónico
Orientar al equipo de Trabajo Social en temáticas relacionadas con aseguramiento y activación de rutas de atención según el caso	Se prepara y realiza EAC de Trabajo Social	Actas de asistencia
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los procesos, procedimientos y lineamientos establecidos por la Subred	Verificación de adherencia a procesos, procedimientos y lineamientos establecidos por la Subred.	Actas de asistencia
Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la subred e impulsar y promocionar portafolio de servicios.	Se aplican 5 lista de chequeo de la estrategia acompañandote ,verificando la adherencia a la Misión ,Visión de la Subred ,se refuerza los temas de las charlas teniendo en cuenta el instructivo de charlas en sala de espera .	listas de chequeo
Ser representante de la figura defensora del usuario, orientarlo y velar por sus derechos en salud	Se realiza seguimiento a las quejas y reclamos recibidos en la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano ,verificando la situación presentada y subsanando la barrera de acceso.	Orfeo -Respuestas de PQRS

Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la dependencia.	"Reuniones de articulacion con diferentes Procesos y líderes de las Unidades ,Realizar Presentacion de Informe de gestion con las formas de participacion comunitaria ,asistencias a unidades de analisis materno perinatal ,Unidad de análisis de sucesos de seguridad,Supervision de las cuentas de cobro de los colaboradores de OPS Aplicacion de lista chequeo con el personal de Planta,Asitencia a conversatorios de Calidad .Asitencia a reuniones de Secretaria Distrital de Salud de temas de aseguramiento) "	Actas de asistencia
--	---	---------------------

MARCELA CASTELLANOS CABRERA
39788222
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 Sueroccidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 53135229		LOZANO MUÑOZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 78C # 72-10 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7791964	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-05	2024-05	700440315	9467570180	I	2024/06/12	2024/06/13	BANCOLOMBIA	1	\$507,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,638,511	\$262,200			\$1,638,511	\$204,900			\$0	\$0			\$1,638,511	\$40,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,638,511	\$262,200			\$1,638,511	\$204,900			\$0	\$0			\$1,638,511	\$40,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							\$1,638,511	\$262,200			\$1,638,511	\$204,900			\$0	\$0			\$1,638,511	\$40,000	
1	CC	53135229	LOZANO DIANA	230301	30	\$1,638,511	\$262,200	EPS008	30	\$1,638,511	\$204,900	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,638,511	\$40,000		
Total Afiliados(1)							\$1,638,511	\$262,200			\$1,638,511	\$204,900			\$0	\$0			\$1,638,511	\$40,000	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53135229		LOZANO MUÑOZ DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 78C # 72-10 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7791964	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-05	2024-05	700440315		9467570180	I	2024/06/12	2024/06/13	BANCOLOMBIA	\$507,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$262,200	\$300	\$0	\$262,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$262,200	\$300	\$0	\$262,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$40,000	\$100	\$0	\$40,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$40,000	\$100	\$0	\$40,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$204,900	\$200	\$0	\$205,100	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$204,900	\$200	\$0	\$205,100	
TOTAL				1	\$507,100	\$600	\$0	\$507,700	



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53135229
NOMBRES	DIANA CAROLINA
APELLIDOS	LOZANO MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/08/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/19/2024 11:35:46	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	---------------------	---------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

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	53135229	LOZANO	MUÑOZ	DIANA	CAROLINA	2024-04	EPS COMPENSAR	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS COMPENSAR	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...				127 Registros en 13 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



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		
☐ CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA MAYO 2024.pdf	CUENTA MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Borrar Cargar nuevo				
Cancelar				
< Evaluación de la Entidad Estatal >				

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

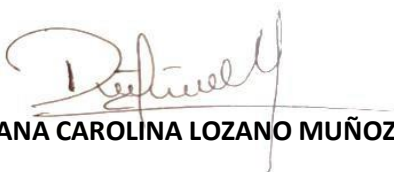
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA CAROLINA LOZANO MUÑOZ

C.C 53135229 DE Bogotá

La suma de \$4.096.278, por concepto de: prestación de servicios como líder de servicios especiales de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, durante el periodo de 1 al 30 de junio del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **782 – 2024**.



DIANA CAROLINA LOZANO MUÑOZ

C.C 5335229 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62412223620