

					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:			DANIEL HERNANDO CARDOZO RAMIREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1013664389	
CORREO ELECTRONICO:			daher07@gmail.com			CELULAR:		3134898398	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE10B01	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488430089075					PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		3565			VIGENCIA			2025	
NÚMERO DE CDP	1363	FECHA	2025-06-12 10:22:59.000	NÚMERO DE CRP	29942	FECHA	2025-06-25 00:00:00.000		
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL - URGENCIAS DE ALTA COMPLEJIDAD							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2025-07-01			2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$7,241,760					
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:						\$33,553,488			
VALOR EJECUTADO						\$32,829,312			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$7,241,760			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$724,176			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						98%			
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			
9488948441	\$2,896,704	\$362,088	\$463,473	3	\$70,564	\$896,124			
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
RODOLFO DUARTE CELY 80158750 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
1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnóstico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clínica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención	lista de asistencia en el caso de que se genere
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención	Estudios estadísticos y consolidado de información para optimizar el recurso de la institución
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la misión institucional	no aplica
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias.	no aplica

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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 E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CARDOZO RAMIREZ DANIEL HERNANDO
C.C No. 1013664389 DE BOGOTA

La suma de: (\$7.241.760) Siete millones doscientos cuarenta y un mil setecientos sesenta pesos m/cte.

Por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. en el servicio de urgencias del Hospital Occidente Kennedy, durante el periodo de 1 al 31 de julio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3565-2025



CARDOZO RAMIREZ DANIEL HERNANDO
C.C No. 1013664389 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 0550488430089075

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																														
Identificación		dv	Razon Social				Clase Aportante				Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF												
CC 1013664389			CARDOZO RAMIREZ DANIEL HERNANDO				INDEPENDIENTE				PRINCIPAL		CRA 34 D # 32 B 76 CASA 9		BOGOTA-BOGOTA D.E.		4812131	No												
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																														
Periodo		Clave				Tipo		Fecha				Pago																		
Pensión		Salud		Pago		Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco			Dias Mora		Valor											
2025-06		2025-06		1631356483		9488948441		I		2025/07/21		2025/07/16		BANCO DAVIVIENDA			0		\$904,800											
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																														
EMPLEADO			NOVEDADES											PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES								
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
1	CC	1013664389	CARDOZO DANIEL								X									25-14	30	EPS005	30	CCF24	30	14-11	30	2.436%	30	No
Total		Afiliados(1)																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE															
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF		
CC 1013664389		CARDOZO RAMIREZ DANIEL HERNANDO		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CRA 34 D # 32 B 76 CASA 9		BOGOTA-BOGOTA D.E.		4812131	No		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION															
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago								
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Planilla	Limite	Pago		Banco			Dias Mora	Valor	
2025-06	2025-06	1631356483		9488948441		I	2025/07/21		2025/07/16		BANCO DAVIVIENDA			0	\$904,800
RESUMEN DE PAGO															
RIESGO		CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO		INTERESES MORA		SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$463,500		\$0		\$0		\$463,500		
COLPENSIONES		25-14		900,336,004	7	1	\$463,500		\$0		\$0		\$463,500		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$70,600		\$0		\$0		\$70,600		
ARL SURA		14-11		890,903,790	5	1	\$70,600		\$0		\$0		\$70,600		
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$8,600		\$0		\$0		\$8,600		
COMPENSAR		CCF24		860,066,942	7	1	\$8,600		\$0		\$0		\$8,600		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$362,100		\$0		\$0		\$362,100		
SANITAS		EP5005		800,251,440	6	1	\$362,100		\$0		\$0		\$362,100		
TOTAL						1	\$904,800		\$0		\$0		\$904,800		

Medellin, 24 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **DANIEL HERNANDO CARDOZO RAMIREZ** con documento de identidad **C1013664389**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-03-12	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA

