

					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	
				2025-06-01			2025-06-30	
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						\$25,587,552		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$7,241,760		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$7,965,936		
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		
9487474171	\$2,896,704	\$362,088	\$463,473	3	\$70,564	\$896,124		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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 30 de junio 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																	
2025-05	2025-05	1553884544		9487474171		I		2025/06/24		2025/06/16		BANCO DAVIVIENDA			0	\$904,800																	
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																	
EMPLEADO			NOVEDADES											PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	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	CARDOSO 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		
2025-05	2025-05	1553884544	9487474171	I	2025/06/24		2025/06/16		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	

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	1013664389	CARDOZO	RAMIREZ	DANIEL	HERNANDO	2021-02	EPS FAMISANAR	COTIZANTE
CC	1013664389	CARDOZO	RAMIREZ	DANIEL	HERNANDO	2016-09	EPS FAMISANAR	BENEFICIARIO
CC	1013664389	CARDOZO	RAMIREZ	DANIEL	HERNANDO	2025-03	EPS SANITAS	COTIZANTE
INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS								
EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS		DÍAS COMPENSADOS		TIPO AFILIADO		OBSERVACIÓN *	
EPS SANITAS	03/2025		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
EPS SANITAS	02/2025		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
EPS SANITAS	01/2025		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
EPS SANITAS	12/2024		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
EPS SANITAS	11/2024		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
EPS SANITAS	10/2024		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
EPS SANITAS	09/2024		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
EPS SANITAS	08/2024		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
EPS SANITAS	07/2024		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
EPS SANITAS	06/2024		30		COTIZANTE		Pago con cotización	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...							122 Registros en 13 Paginas	

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUIA en el marco del Decreto 780 de 2016

ADRES

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

Centro Empresarial Elemento
Av. El Dorado #No. 69-76, torre 1, piso 16
Código Postal 111071, Bogotá, D.C.
Línea de atención telefónica Bogotá PBX (571) 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 fija en Bogotá 601 7437077 Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m.
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>

Notificaciones Judiciales:

notificaciones.judiciales@adres.gov.co Exclusivo para notificaciones que provienen de la rama judicial, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 197 de la ley 1437 de 2011.

Denuncias por actos de corrupción:

denunciacorrupcion@adres.gov.co
Línea Anticorrupción: (571) 601 432 27 60 de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m
©Copyright 2021 - Todos los derechos reservados Gobierno de Colombia

