Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VICTOR FREDERIS LOPEZ GOMEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	17903017							
CORREO ELECTRONICO:	victorfrederis@gmail.com				CELULAR:	3013475063							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Unidad Sur												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FACTURACION				SEDE:	PUENTE ARANDA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU40R23	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300844128								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	948-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3			
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	11118	FECHA	31/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de facturacion dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucionional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2021		31	3	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.092.172									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

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:	$6.276.516
VALOR EJECUTADO	$4.184.344
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.092.172
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.092.172
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

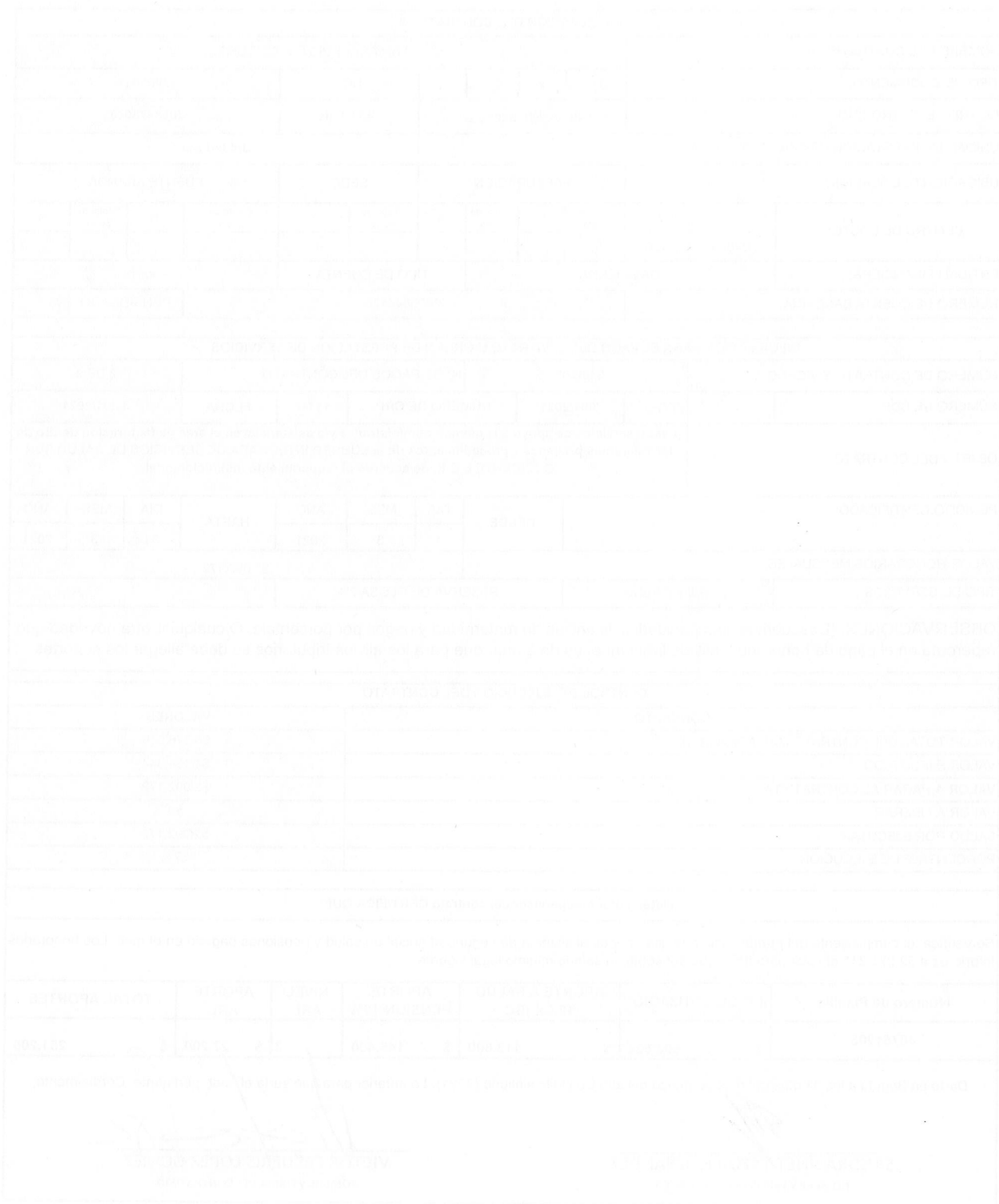
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
48751203	$ 908.526	$ 113.600	$ 145.400	3	$ 22.200	$ 281.200

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de marzo del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDRA JINETH TAFUR HERNANDEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

VICTOR FREDERIS LOPEZ GOMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FACTURACION									
				Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	948-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.021		31	3	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	VICTOR FREDERIS LOPEZ GOMEZ		**C. C.**	17,903,017			**DE**	MAICAO LA GUAJIRA	

OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de facturacion 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

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ **Servicios: SI** __ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Elaborar y presentar informes periódicos de gestión asignados y demás solicitados por la Dirección Financiera de la Subred, bajo criterios de calidad, razonabilidad, consistencia, y confiabilidad acorde la Líder de Facturación de la Subred	CUMPLE	generacion de reportes consolidados en periodo mensual vencido.	reportes formales según criterios de solicitud area facturacion
2. Realizar la revisión y validación de los informes de devoluciones de la Subred, solicitar los ajustes o justificaciones requerida para las conciliaciones con el área cartera.	CUMPLE	generacion de reportes consolidados en periodo mensual vencido.	reportes formales según criterios de solicitud area cartera
3. Realizar la conciliación mensual de devoluciones con el área de cartera y así mismo el informe para se entregado a la lider de facturacion de la Subred.	CUMPLE	generacion de reportes consolidados en periodo mensual vencido.	reportes formales según criterios de solicitud area facturacion
4. Efectuar seguimiento a los puntos de control establecidos por la Líder de Facturación de la Subred en las diferentes unidades para garantizar el registro del 100% de las inconformidades generadas por ERP Y EAPB.	CUMPLE	accion diaria de acuerdo a parametros establecidos en sistema de informacion	trabajo articulado en pro de la generacion de respuesta a facturacion recibida.
5. Apoyar los técnicos en la elaboracion y registro de la notas credito debidamente justificada correspondiente a facturacion devuelta ERP y EAPB	CUMPLE	accion diaria de acuerdo a parametros establecidos en area devoluciones	trabajo articulado para dar tramite a la aceptacion pertinente según criterio tecnico
6. Gestionar el control de las devoluciones realizadas por la diferentes E.R.P en la herrramienta de control predeterminada para dicho fin	CUMPLE	accion diaria de acuerdo a parametros establecidos en area devoluciones	seguimiento al proceso de gestion o tramite según parametros establecidos area devoluciones
7. Entregar la lider de facturacion de la Subred, informe semanal o con la periocidad que se solicite de la facturación pendiente por tramitar y radicada identificando los los motivos de la misma, realizando una consolidacion mensual con inconsistencias y hallazgos que se considera	CUMPLE	generacion de reportes consolidados en periodo solicitado de acuerdo a indicaciones lider facturacion	reportes formales según criterios de solicitud area facturacion
8. Realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando informe de la gestión de actividades, relacionando las barreras, brechas	CUMPLE	generacion de reportes consolidados en periodo solicitado de acuerdo a indicaciones lider facturacion	reportes formales según criterios de solicitud area facturacion
9. Participar en el levantamiento y actualización de los procesos, subprocesos y lineamientos, protocolos de procedimientos, instructivos y demás que le sean asignados por la Líder de Facturación.	CUMPLE		reportes formales según criterios de solicitud area facturacion
10. Realizar las actividades y las acciones definidas y asignadas en el proceso de Gestión del Ingreso en cumplimiento de los planes de mejoramiento o de acción definidos para dar respuesta a oportunidades de mejora	CUMPLE	accion continua de acuerdo a parametros establecidos de parte de area facturacion	seguimiento al proceso de gestion o tramite según parametros establecidos area facturacion
11. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en el área de facturacion de la Subred . Programar y asistir a las citas	CUMPLE	accion formal de acuerdo a indicaciones y labores asignadas.	feed back en proceso de conciliacion y acciones llevadas a cabo.

12. Realizar el seguimiento y control de las actividades contractuales a través de la libreta de actividades o la herramienta que se establezca, presentando informe de la gestión de actividades, relacionando las barreras, brechas o logros en la ejecución de sus actividades para la certificación de pagos	**CUMPLE**	accion formal de acuerdo a indicaciones y labores asignadas.	consecucion de logros en procesos de mejora al area devoluciones.
13. Realizar las actividades indicadas o asignadas en los planes de contingencia que se activen por necesidades del proceso o situaciones que se presenten en el área de facturacion de la Subred	**CUMPLE**	accion formal de acuerdo a indicaciones y labores asignadas.	consecucion de logros en procesos de mejora al area devoluciones.
14. Realizar la adecuada y oportuna presentación de la cuenta de cobro de las actividades realizadas y certificadas con la libreta de actividades, en el periodo y en las fechas programadas, con los soportes requeridos	**CUMPLE**	cuenta de cobro periodo mensual, soporte planilla pagada, soporte ADRES, soporte periodos compensados ADRES.	cuenta de cobro mensual
15. Atender y mejorar las no conformidades que se identifiquen como oportunidad de mejora en el desarrollo de sus actividades con soporte de acciones y seguimiento mediante acta firmada con el referente de la Unidad o	**CUMPLE**	accion formal de acuerdo a indicaciones y labores asignadas.	analisis de los alcances obtenidos durante las acciones desempeñadas
16. Ejecutar las actividades acorde con la programación de actividades realizada para dar respuesta a la cobertura oportuna de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y la prestación de los servicios en la Unidades de Servicios de Salud asignada, es de anotar que la actividad culmina con la entrega a satisfacción de los	**CUMPLE**	accion formal de acuerdo a indicaciones y labores asignadas.	actitud de servicio cordial
17. Mantener una adecuada presentación personal en el desarrollo de las actividades así como buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo, mitigando las PQRS y mejorando la satisfacción del usuario	**CUMPLE**	accion formal de acuerdo a indicaciones y labores asignadas.	actitud de servicio cordial

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.092.172 DOS MILLONES NOVENTA Y DOS MIL CIENTO SETETENTA Y DOS PESOS M/CTE

VICTOR FREDERIS LOPEZ GOMEZ C.C. 17,903,017	SANDRA JINET TAFUR HERNANDEZ

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	
CC	17903017	VICTOR FREDERIS LOPEZ GOMEZ		CALLE 23 D # 108 -09	7351305	VICTORFREDERIS@GMAIL.COM	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	10/03/2021	48751203	$299.400	

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	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

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	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17903017	VICTOR FREDERIS LOPEZ GOMEZ	CALLE 23 D # 108 -09	7351305	VICTORFREDERIC@GMAIL.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	10/03/2021	48751203	$299.400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
CC	17903017	LOPEZ GOMEZ VICTOR FREDERIS	59	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200	CCF24	908.526	18.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	17903017
NOMBRES	VICTOR FREDERIS
APELLIDOS	LOPEZ GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOACHA

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	01/08/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 03/17/2021 14:54:59 | **Estación de origen:** | 192.168.70.1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta fue obtenida de cada una de las bases de datos que conforman el Régimen Contributivo de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han reportado información a la Base de Datos Única de Afiliados en las fechas y en las especificaciones técnicas, por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico aplicable 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 esta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	17903017	LOPEZ	GOMEZ	VICTOR	FREDERIS	2015-11	SALUDCOOP E.P.S ENTIDAD EN LIQUIDACIàN	COTIZANTE
CC	17903017	LOPEZ	GOMEZ	VICTOR	FREDERIS	2017-07	CAFESALUD E.P.S S.A.	COTIZANTE
CC	17903017	LOPEZ	GOMEZ	VICTOR	FREDERIS	2021-01	COMPENSAR E.P.S	COTIZANTE
CC	17903017	LOPEZ	GOMEZ	VICTOR	FREDERIS	2018-07	MEDIMAS EPS S.A.S	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
COMPENSAR E.P.S	01/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	12/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	11/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	10/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	09/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	08/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	07/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	06/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	05/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	04/2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8

71 Registros en 8 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

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		
☐	Documentos Febrero 2021 CTO 948-2021.pdf	Documentos Febrero 2021 CTO 948-2021.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:

VICTOR FREDERIS LOPEZ GOMEZ

C.C 17.903.017 DE Maicao

La suma de dos millones noventa y dos mil ciento setenta y dos pesos m/cte. $2.092.172 por concepto de: Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o Asistencial en el área de Facturación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E como técnico administrativo durante el periodo de 1 al 31 de marzo de 2.021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 948-2021.

VICTOR FREDERIS LOPEZ GOMEZ
C.C 17.903.017 DE Maicao
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 007300844128

Bogotá DC 17 de marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO __x__cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO ___x__cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) **adjunto certificación.**
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO ___x_____
5. SI _____ NO ___x__ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO __x___ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____0_____
8. Solicito SI _____ NO ____x___ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____0_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI _____ NO__x__ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO ___x____

Atentamente

NOMBRE: Víctor frederis López Gómez FIRMA

C.C: 17903017

UNIDAD: USS 11 Puente aranda

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14677059955

(415)7707212489984(8020) 000001467705995 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 7 9 0 3 0 1 7	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 7 9 0 3 0 1 7	1 9 9 9 0 8 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Maicao 4 3 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	GOMEZ	VICTOR	FREDERIS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 34 A 38 161 TO 2 AP 4006

42. Correo electrónico: victorfrederis@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 3 5 1 3 0 5	3 0 1 3 4 7 5 0 6 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		**Otras actividades**		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 0 8 0 8 2 8					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 01 - 09

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre LOPEZ GOMEZ VICTOR FREDERIS
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO