| Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|
| **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: | ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1049605499 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | adrianapatriciabb@gmail.com | | | | CELULAR: | 3115859135 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT PSIQUIATRÍA USS 30 BOMBEROS | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU44A17 | 44 | KE10B04 | 56 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 88274140555 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 576 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 2024-01-17 10:45:28.000 | NÚMERO DE CRP | 6312 | FECHA | 2024-01-17 10:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- PSIQUIATRA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-01-01 | | 2024-01-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $17,640,249 | | | | | | |
| 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: | $195,049,116 |
| VALOR EJECUTADO | $195,049,116 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $17,640,249 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7909478523 | $7,472,096 | $934,012 | $1,195,535 | 3 | $182,020 | $2,311,568 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JAIME HUMBERTO CASTILLO
19319518
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 Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Realizar la Consulta Externa de Psiquiatría según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios Bomberos y/o donde el supervisor del contrato lo requiera | Historia clínica adecuadamente diligenciada, en los tiempos adecuados según la agenda programada. | Registro de historia clínica |
| Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas que la regulan | Diligenciar en la historia clínica los criterios y servicios de remisión y/o contratransferencia cuando estos sean necesarios. | Registro de historia clínica |
| Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente , y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro medico. | Registrar historia clínica teniendo en cuenta las normas de la resolución 1995 de 1999 en los formatos de la institución | Registro de historia clínica |
| Entregar diariamente los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS), completamente diligenciados de acuerdo a la resolución 3374 de 2002 y a la resolución 0951 del 2003 del Ministerio de salud, al área de estadística o quien defina el coordinador del centro | Realizar diariamente los registros individuales de prestación de los servicios, teniendo en cuenta la consulta realizada. | Rips y uso de historia clínica |
| Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia. g. en caso de presentar dificultades para asistir a la consulta programada debera informar oportunamente al supervisor del contrato y garantizzar la reprogramacion de la agenda. h. cumplir oportunamente el inicio y finalizacion de las jornadas segun lo establecido en la programacion del servicio. i. participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorias internas y externas | En la atención al paciente aplicar guías de manejo que permitan un adecuado abordaje, diagnostico y tratamiento | Guías de manejo aprobadas y facilitadas por la intranet de la subred |
| Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia , manejo integral de residuos , entre otros.k. Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez , seguridad, vocación de servicios , equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia , integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia | Conocer, cumplir y hacer cumplir normas de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia , manejo integral de residuos , entre otros. Además de dar un trato empático y humanizado al paciente. | Conocimiento de las normas, capacitaciones constantes y archivos de la intranet. |

JAIME HUMBERTO CASTILLO
19319518
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 Sur Occidente

Espacio para
Logo Corporativo

**ADRIANA PATRICIA BRICEÑO BERMEJO**
NIT 1.049.605.499-8
calle 17 n 71b 40
Tel: (601) 2222222
Bogotá - Colombia
adrianapatriciabb@gmail.com

Factura electrónica de venta
**No. AB 34**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | subred integrada de servicios de salud suroccidente e.s.e | | |
| **NIT** | 900.959.048-4 | **Teléfono** | (601) 4399090 - Ext. 1 |
| **Dirección** | calle 9 #39-46 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 15/01/2024, 19:35 |
| **Expedición** | 15/01/2024, 19:35 |
| **Vencimiento** | 15/01/2024 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | CONSULTA ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA AMBULATORIA | 93.00 | 7,240,329.00 |
| 2 | CONSULTA ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA URGENCIAS | 120.00 | 10,399,920.00 |

**Total items:** 2

**Valor en Letras:**
Diecisiete millones seiscientos cuarenta mil doscientos cuarenta y nueve pesos m/cte

**Condiciones de Pago:**
Transferencia $ 17,640,249.00

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 17,640,249.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | 17,640,249.00 |

**Observaciones:**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764055813192 aprobado en 20230911 prefijo AB desde el número 30 al 100 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8699 Otras actividades de atención de la salud humana Tarifa
**CUFE:** 6cddc921a90761631a550c3504d120c50ca1bd74547871029dc2b4fdf101482ef21a132c95d9d6f0df343e57eb6920de

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1049605499 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ADRIANA PATRICIA BRICENO BERMEJO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUNJA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CLL 12C N 71B 40 TORRE 8 APTO | TELÉFONO: | 3115859 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7915655844** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/02/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 452825739 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800227940 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 1.199.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 1.199.600** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 882.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 882.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 171.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 171.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 2.253.600** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 2.253.600** |

Planilla Pagada