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	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADRIANA PATRICIA FARIAS VELA								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1020742957			
CORREO ELECTRONICO:	ADRIANAPFV26@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3143160706			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG URGENCIAS ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10B04	50	KE10D05	50					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	18047112105						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3546			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	5333	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- GINECOOBSTETRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-08-01		2024-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$7,896,768				
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:	$55,277,376
VALOR EJECUTADO	$53,303,184
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7,896,768
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,974,192
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
79497494	$2,369,030	$296,129	$379,045	3	$57,710	$732,883

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

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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
1 Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Manejo integral a los procedimientos diagnósticos y terapeuticos demtro del plan de cuidado al paciente del Servicio	Registros en la Historia Clínica a la atención del paciente atendidos dentro del mes y manejados integralmente de acuerdo a su patología.
2 Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplimiento adecuado en los registros de la Historia Clínica, acorde al manejo ético legal.	Valoración de pacientes a mi cargo, Evolución diaria, notas de procedimientos, con cubrimiento y cumplimiento ético.
3 Llevar registro de la atención de los procedimientos, 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	Se llena a cabalidad los formatos establecidos para los registros correspondientes en la Historia Clnica, de acuerdo a normas legales.	Cumplimiento en los registros de atención, valoración y evolución diaria, y se cumple con los procesos de costos y facturación
4 Participar en la programación de actividades del área.	Asistencia y participación de actividades del servicio	Participación en cada programación.
5 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Se reporta eventos de notificación obligatoria, cuando se presentan	Oportunidad a cada notificación
6 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.	Notificación, participación de analisis según se convoque	Implemetación de acciones de mejora si se requiere
7 Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Se imparte instrucciones requeridas al equipo de salud para atención continua del paciente	Dentro del turno se mantiene instrucciones
8 Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Se realiza con adecuado criterio de legalidad, oportunidad e integidad cada registro en los formatos Institucionales	Diligenciamiento optimo dado al paciente desde que ingresa hasta su salida
9 Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Como norma se realiza y se diligencia el Consentimiento Informado	Verificando el procedimiento a realizar
10 Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Realizo el seguimiento de acuerdo al estado del paciente	Seguimiento a diario durante su hospitalización
11 Informar al paciente y su familia sobre la condición del paciente, plan de manejo y atención.	Se Brinda información oportuna, eficiente y eficaz a los acompañantes del paciente que ingresan al Servicio y esta al cuidado del equipo	IntegralIdad en la información dada a los familiares de los pacientes a nuestro cuidado
12 Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Preste la debida Atención a pacientes que requieren procedimientos esenciales y especiales	Establecer diagnósticos para dar tratamiento integral hasta su evolución satisfactoria.
13 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Cumpliendo con las normas del Sistema de Garantia de la Calidad acorde a lo establecido por la Subred	Prestación del servicio junto con el equipo de trabajo, manteniendo y mejorando la calidad en la atención a cada uno de los pacientes.
14 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Elaboración de informe de actividades prestadas a los pacientes que ingresan al Servicio	Se entrega al Supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento
15 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	De acuerdo a las jormadas de capacitación requeridadas por la subred.	Asistencia a jornadas de capacitación
16 Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Se cumple lo estipulado con las actividades contractuales realizadas	Producto entregado y certificado a la prestación del servicio
17 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Cumpli con entregar la constancia de afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, con el que se ejecutara el contarto mensulamente.	Entrego planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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 Cenro Salud Subred Suroccidente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020742957	ADRIANA PATRICIA FARIAS VELA	Carrera 7C # 138-60	2748624	adrianapfv26@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-07	2024-07	I	15/08/2024	79497494	$733.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	296.300	0		0		0	0	0	0	296.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	379.200	0	0	0	0	0	0		379.200	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										
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	901469580-2	57.800				57.800	0	0	57.800			578	57.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	296.300	296.300
Pensión	1	379.200	379.200
Riesgos Laborales	1	57.800	57.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	733.300	733.300

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	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020742957	ADRIANA PATRICIA FARIAS VELA	Carrera 7C # 138-60	2748624	adrianapfv26@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	15/08/2024	79497494	$733.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	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
1	CC	1020742957	FARIAS VELA ADRIANA PATRICIA	57	0			N																	230201	2.370.000	379.200	0	0	0	0	EPS005	2.370.000	296.300	14-33	2.370.000	3	57.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FARIAS VELA ADRIANA PATRICIA

C.C 1020742957 DE BOGOTÁ

La suma $7.896.768 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos sesenta y ocho pesos), por concepto de: Prestación servicios Profesionales y de apoyo a la gestión como **MEDICO GINECÓLOGO** en el área de Ginecología dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo del **01 al 31 de agosto 2024** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3546-2024.



FARIAS VELA ADRIANA PATRICIA
C.C 1020742957 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 18047112105

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141115635032

(415)7707212489984(8020) 000014111563503 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 0 7 4 2 9 5 7	0	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 0 2 0 7 4 2 9 5 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FARIAS	VELA	ADRIANA	PATRICIA

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
CR 6 BIS 127 C 50 TO 2 AP 508

42. Correo electrónico adrianapfv26@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 2 1	3 9 3 8 4 3 2	3 1 4 3 1 6 0 7 0 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 2 1	2 0 2 3 0 1 0 2	8 6 1 0	2 0 1 5 0 9 1 4	7 4 9 0		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 2024 - 08 - 15 / 12 : 00: 26

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FARIAS VELA ADRIANA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO