

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		FARHI ALONSO DELGADO MEDINA					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	79958427		
CORREO ELECTRONICO:	farhidelgado@yahoo.com			CELULAR:	6016415087		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA USS OCCIDENTE DE KENNEDY		SEDE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10I06	70	KE10B04	30			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		2570060380			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		997		VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	7915	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		FECHA INICIAL		FECHA FINAL	
				2025-01-01		HASTA 2025-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$9,533,260			
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:	\$122,863,015
VALOR EJECUTADO	\$122,805,722
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$9,533,260
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$57,293
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
9480427239	\$4,159,968	\$519,996	\$665,595	3	\$101,337	\$1,286,928

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jaime Alberto goenaga
72161935
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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	1) Realicé las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	2) Cumplí con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
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	3) Llevé 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	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
4) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	4) Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	no aplica
5) Participar en la programación de actividades del área.	5) Participé en la programación de actividades del área.	registro de asistencia a las actividades programadas (si las hay)
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	6) Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	formatos diligenciados según los casos, registrados en historia clínica de cada paciente
7) 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.	7) Notifiqué las fallas de calidad que se presentaron en el servicio, participé en los análisis a los que fui convocado e implementé las acciones de mejora definidas para el servicio.	no aplica
8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	8) Impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	9) Diligencié en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
10) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	10) Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11) Practiqué el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación.	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	12) Informé al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	13) Emití los conceptos médicos que fueron requeridos.	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	14) Apoyé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	no aplica
15) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	15) Diligencié el consentimiento informado acorde al procedimiento	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
16) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	16) Elaboré informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregué al supervisor del contrato para que certificara el cumplimiento.	cuenta de cobro mensual
17) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las CONDICIONES CONTRACTUALES actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	17) Respondí por los elementos entregados para el desempeño de mis CONDICIONES CONTRACTUALES actividades asignadas	no aplica
18) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	18) Participé en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Listas de asistencia
19) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	19) Conocí y di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	no aplica
20) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	20) Apoyé a la Subred en las actividades demandadas según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	no aplica

21) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	21) Registré las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos
22) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Registro en el aplicativo institucional de historia clínica de los pacientes atendidos	planilla de pago de seguridad social del mes correspondiente al cobro de mis actividades

Jaime Alberto goenaga
72161935
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

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA

NIT: 79958427-0

Régimen: No responsable de IVA

Tipo de persona: Natural

CL 115 50 71, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 6415087

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/01/2025 hasta: 31/01/2025.

Autorización facturación electrónica No. 18764087411345 válida desde 2025-01-20 hasta 2025-07-20 rango desde FE230 hasta FE300

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	9009590048
Cliente:	sub red integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e
Dirección:	cl 9 39 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	4546800
Email:	gerencia@subredsuroccidente.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FE233
Fecha Emisión	03/02/2025 11:52:35-05:00
Fecha Vencimiento	10/02/2025
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	10/02/2025
Total de Líneas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total	
						NOM.	% o VAL	MONTO			
1	85100000-0	MEDICINA INTERNA cumplimiento de horas	WSD	110,00	\$86.666,00				0,00	\$9.533.260,00	
Impuesto						Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe	Subtotal:		\$9.533.260,00
									Cargos:		\$0,00
									Descuento:		\$0,00
									Total:		\$9.533.260,00

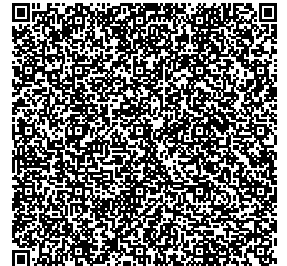
CUFE:	8e470885b0995f3ed75198fa28457c6fedb0e09d3246aa41efcefc206fae75bf9d7379e3961be73fc260edf40317e962
Total con letra:	(nueve millones quinientos treinta y tres mil doscientos sesenta pesos)

Firma Digital: I4SF4lmh6E6Jbrf2Z7yUHXtmekOeEieTDt6dzSNrFDYNOgkkyYiifcgNrr10
8vOd507qBCqTOr3nB6jHskedZw45y7C0jcG2kNNGHTZ4fnN4kl
rr4HPELYNrtas1 jluX3xtPFxM/PyQoWfVz+7HxDMGTZKUdp5JpbRxnEMlSr2oemMnucDm1SEqNMI e5hVHa8nlVh7c/NJqX7uA/T7kMyQBGE716A
koy5EmAPkn4EQL+rhSSzIOGaRxq1y +WUK7JSSSNlnLm9QsrAin8zfy4YivtWXpFhwO+I2rkkVJgWpkAFjkBwy4D7N2sQ mNkc3il8JGXzRMnLxAf8
yA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/01/2025 hasta: 31/01/2025.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		Banco		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-12	2024-12	1206620612	9480427239	I	2025/01/09	2025/01/20	BANCO DAVIVIENDA		11	\$1,295,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,159,968	\$665,600			\$4,159,968	\$520,000			\$0	\$0			\$4,159,968	\$101,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$4,159,968	\$665,600			\$4,159,968	\$520,000			\$0	\$0			\$4,159,968	\$101,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$4,159,968	\$665,600			\$4,159,968	\$520,000			\$0	\$0			\$4,159,968	\$101,400		\$0	\$0
1	CC 79958427	DELGADO FARHI	230301	30	\$4,159,968	\$665,600	EPS001	30	\$4,159,968	\$520,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$4,159,968	\$101,400	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$4,159,968	\$665,600			\$4,159,968	\$520,000			\$0	\$0			\$4,159,968	\$101,400		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1206620612	9480427239	I	2025/01/09	2025/01/20	BANCO DAVIVIENDA	11	\$1,295,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$665,600	\$4,600	\$0	\$670,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$665,600	\$4,600	\$0	\$670,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$101,400	\$700	\$0	\$102,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$101,400	\$700	\$0	\$102,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$520,000	\$3,600	\$0	\$523,600	
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$520,000	\$3,600	\$0	\$523,600	
TOTAL				1	\$1,287,000	\$8,900	\$0	\$1,295,900	

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	79958427	DELGADO	MEDINA	FARHI	ALONSO	2025-01	EPS ALIANSALUD	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS ALIANSALUD	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 137 Registros en 14 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

 **ADRES Colombia**

(<https://www.youtube.com/@adrescolombia6206>)

Somos ADRES



- Presidencia (<https://es.presidencia.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>)
- Vicepresidencia (<https://www.vicepresidencia.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>)
- MinJusticia (<https://www.minjusticia.gov.co/>)
- MinDefensa (<https://www.mindefensa.gov.co/>)
- MinTrabajo (<https://www.mintrabajo.gov.co/>)
- MinInterior (<https://www.mininterior.gov.co/>)
- MinRelaciones Exteriores (<https://www.minrelacionesexteriores.gov.co/>)
- MinHacienda (<https://www.minhacienda.gov.co/>)
- MinMinas (<https://www.minminas.gov.co/>)
- MinComercio (<https://www.mincit.gov.co/>)
- MinTic (<https://www.mintic.gov.co/>)
- MinEducación (<https://www.mineducacion.gov.co/>)
- MinCultura (<https://www.mincultura.gov.co/>)
- MinAgricultura (<https://www.minagricultura.gov.co/>)
- MinAmbiente (<https://www.minambiente.gov.co/>)
- MinTransporte (<https://www.mintransporte.gov.co/>)
- MinVivienda (<https://www.minvivienda.gov.co/>)
- Urna de Cristal (<https://www.urnadecristal.gov.co/>)