

**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:		MARIA CONSTANZA DIAZ RUIZ					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	21062181		
CORREO ELECTRONICO:	constanzadiazruiz@hotmail.com			CELULAR:	4543981		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		COLECTOR INSTRUMENTACION HOSPITALARIA USS FONTIBON		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03H02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8380320484			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	752			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	20348	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-04-01		2026-04-30

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$4,589,352

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:	\$16,827,624
VALOR EJECUTADO	\$12,493,236
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4,589,352
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$4,334,388
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	74%

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
73999493	\$1,580,777	\$197,597	\$252,924	3	\$38,508	\$489,029

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Daniel Arturo Jiménez Franco  
1020762516  
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
Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Se asisten procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Por medio de listas de chequeo, base de datos de procedimientos realizados y registro formato de instrumentación en dinámica.
Velar por la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía.	Se verifica por medio de los indicadores la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía dando el aval del cumplimiento de los parámetros de los indicadores.	Se adjuntan en hoja iso los indicadores de los equipos utilizados en cada procedimiento.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Se cumple con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Manteniendo la confidencialidad de la historia clínica de cada paciente.
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones en el sistema de información de la subred.	Se realiza registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones en el sistema de información de la subred.	Se diligencia formato de instrumentación quirúrgica en dinámica.
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 mantienen actualizadas las bases de datos y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	Se actualiza base de datos y se envían correos respectivos.
Participar en la programación de las actividades de la subred.	Se participa en la programación de las actividades de la subred.	Se diligencian actas respectivas y se obtienen certificados.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la subred.	Se reporta los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la subred.	Se reportan los eventos en plataforma Almera
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio.	Se notifica las fallas de calidad que se presenten en el servicio.	Se notifica las fallas con los tickets al área encargada.
Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos de los pacientes.	Se imparten las instrucciones al personal relacionado con los requerimientos de los pacientes.	Por medio de las listas de chequeo
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	Se diligencia en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	Se diligencia formato de instrumentación quirúrgica en dinámica.
Realizar los procedimientos e intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Se realizan los procedimientos e intervenciones al usuario acorde con el perfil de instrumentador quirúrgico dentro del servicio.	Se asisten los procedimientos y se diligencian listas de chequeo.
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	N/A	N/A
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la subred.	Se Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la subred.	Diligenciando listas de chequeo y actualizando las bases de datos.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que certifique el cumplimiento.	Se elabora informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y se entrega al supervisor del contrato para que certifique el cumplimiento.	Informe de actividades en las cuentas de cobro.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Se participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales nos convocan.	Se firman las actas.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	N/A	N/A
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Se conoce y da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Se socializan y se implementan
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	N/A	N/A
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Se entregan la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Se adjuntan soportes de pago a cuenta de cobro

Daniel Arturo Jiménez Franco  
1020762516  
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MARIA CONSTANZA DIAZ RUIZ**

**C.C 21062181 DE UNE CUNDINAMARCA**

La suma de \$ 4.589.352 por concepto de: (Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Instrumentador dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo con las necesidades de la Institución. (INSTRUMENTADOR QUIRURGICO) durante el periodo del 01 al 30 de ABRIL de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 752-2026



**MARIA CONSTANZA DIAZ RUIZ**

**C.C 21062181 DE UNE CUNDINAMARCA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO: 8380320484**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	21062181	MARIA CONSTANZA DIAZ RUIZ		CARRERA 87 # 71 -22	9214387	constanzadiazruiz@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73999493	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,785,000	\$588.000	

## 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	223.200	0		0		0	0	0	0	223.200	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	285.600	0	0	0	0	0	0		285.600	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	43.500				43.500	0	0	43.500			435	43.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.700	0	0	35.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.200	223.200
Pensión	1	285.600	285.600
Riesgos Laborales	1	43.500	43.500
CCF	1	35.700	35.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>588.000</b>	<b>588.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	21062181	MARIA CONSTANZA DIAZ RUIZ		CARRERA 87 # 71 -22	9214387	constanzadiazruiz@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73999493	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,785,000	\$588.000	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subsego	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDP	TAP	VP	SN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 21062181	DIAZ RUIZ MARIA CONSTANZA		59	0			N																25-14	1.785.000	30	285.600	0	0	0	0	EPS008	1.785.000	30	223.200	14-11	1.785.000	30	3	43.500	CCF24	1.785.000	30	35.700	0	0	0	0	0

# PAGADA



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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	21062181
NOMBRES	MARIA CONSTANZA
APELLIDOS	DIAZ RUIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

#### 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	01/02/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 04/28/2026 16:26:50 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

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 base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

Medellín, 28 de abril de 2026

### CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MARIA CONSTANZA DIAZ RUIZ identificado(a) con C21062181 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C210621812611858671



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

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN INSTITUCIONAL  
MANEJO DE SITUACIONES CON PACIENTE

ENCUESTA DE  
PERCEPCIÓN  
INSTITUCIONAL  
MANEJO DE  
SITUACIONES CON  
PACIENTE, FAMILIAR O  
USUARIO AGRESIVO

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

Tipo de Vinculación



Pregunta requerida

Dirección a la que pertenece:





**La respuesta se ha enviado.**

Algo importante que puede hacer a continuación

**Guardar mi respuesta**

[Enviar otra respuesta](#)

Microsoft Forms

**¡Prepárese para su propia invitación al evento!**



**Comenzar ahora →**