

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                       |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                       |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                       |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | Adriana Cristina Jiménez Gavilanes                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                   | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1085313911 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | adrianajimenez444@gmail.com                           |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 7417172    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                       |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | C. EXT NUTRICION Y DIETÉTICA USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10A35           | 100                      |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO COLPATRIA          |                                                       |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 1632095159                                            |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1584                     |                                                       |                     | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2932              | FECHA                    | 2023-11-29 16:40:51.000                               | NÚMERO DE CRP       | 63610                            | FECHA         | 2023-11-30 13:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | NUTRICIONISTA            |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                 | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                       | 2023-11-01          |                                  |               | 2023-11-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                       | \$3,501,264         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                          |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                       |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                       |                     |                                  | \$35,012,640  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                       |                     |                                  | \$31,511,376  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                       |                     |                                  | \$3,501,264   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                       |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                       |                     |                                  | \$3,501,264   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                       |                     |                                  | 90%           |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 1059000524                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,400,506       | \$175,063                | \$224,081                                             | 3                   | \$34,116                         | \$433,260     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                   |                          |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| VIVIANA TEJERA PALACIO<br>22583125<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTOS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente                                                          | Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente                                                          | N/A       |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                             | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                             | N/A       |
| 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 | 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 | N/A       |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred                                                                                                                                                                                                           | Participar en la programación de las actividades de la Subred                                                                                                                                                                                                           | N/A       |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                                                                              | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                                                                              | N/A       |
| 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.                                                                                    | 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.                                                                                    | N/A       |
| Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos nutricionales de los pacientes                                                                                                                                                                    | Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos nutricionales de los pacientes                                                                                                                                                                    | N/A       |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad                                                                                                                                 | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad                                                                                                                                 | N/A       |
| Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio                                                                                                                                                                             | Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio                                                                                                                                                                             | N/A       |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                 | Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                 | N/A       |

VIVIANA TEJERA PALACIO  
22583125  
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**  
**ADRIANA CRISTINA JIMENEZ GAVILANES**  
**C.C 1085313911 DE PASTO**

La suma de \$3.501.264 por concepto de prestación de servicios como Nutricionista dietista en el área de Nutrición sede USS OCCIDENTE DE KENNEDY. Durante el periodo de 01 al 30 de Noviembre del 2023 en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1584-2023

*Adriana Jimenez*

**ADRIANA CRISTINA JIMENEZ GAVILANES**  
**C.C 1085313911 PASTO**

**CUENTA DE AHORROS BANCO SCOTIABANK COLPATRIA**  
**NÚMERO 1632095159**



| Información de la Planilla Pagada        |                                              |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información  | 900097333-9                                  |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A.                                  |
| Descripción                              | Pago de SuAporte                             |
| Fecha                                    | 2023-11-13, 08:38:02 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | octubre de 2023                              |
| Periodo de Cotización Para Salud         | octubre de 2023                              |
| Empresa                                  | ADRIANA CRISTINA JIMENEZ GAVILANES           |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 1085313911                                |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                                          |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 1059000524                                   |
| Tipo de Planilla                         | I                                            |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 274424712                                    |
| Banco                                    | (1019) - SCOTIABANK COLPATRIA                |
| Valor                                    | \$ 438.300                                   |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                                     |
| Dirección IP de Origen                   | 10.0.19.58                                   |

| Nit            | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|----------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800224808     | 230301 | PORVENIR       | 1                | \$ 224.100     | \$ 2.500             |
| N800251440     | EPS005 | SANITAS EPS    | 1                | \$ 175.100     | \$ 2.000             |
| N890903790     | 14-11  | ARL SURA       | 1                | \$ 34.200      | \$ 400               |
| SubTotales:    |        |                |                  | \$ 433.400     | \$ 4.900             |
| Total a Pagar: |        |                |                  |                | \$ 438.300           |

