	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3
		Fecha de aprobación	15/2/2018
		Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KARINA ALEXANDRA SEGURA PULIDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1023929884						
CORREO ELECTRONICO:	ksegurapul@gmail.com				CELULAR:	3203453692						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						USS FONTIBON						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALA ERA				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO03M07	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	14160393140					PENSIONADO	No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2296-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	2						
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/1/2021	NÚMERO DE CRP	12768	FECHA	31/1/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como TERAPEUTA RESPIRATORIO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2021		31	3	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$16.860										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%									

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.
168 HORAS FEBRERO, 186 HORAS MARZO

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$16.740.000
VALOR EJECUTADO	$8.175.960
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.135.960
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8.564.040
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	49%

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 **$2.194.508** 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
49253854	$2.016.000	$252.000	$322.560	3	$49.110	**$623.670**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de MARZO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

KARINA ALEXANDDRA SEGURA PULIDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código: .	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	TERAPIA RESPIRATORIA						**Sede: UNIDAD FONTIBÓN**			
No. DE CONTRATO:	2296-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	3	2021		31	3	2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Karina Alexandra Segura Pulido		**C.C.**	1.023.929.884		**DE**	Bogotá			

OBJETODELCONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Terapia espiratoria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos:SI_____ NO_____ Servicios:SI x_ NO_____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizarlosprocedimientos,actividadeseintervenciones diagnósticasyterapéuticasparaelmanejodepatologías establecidasdentrodelplanintegraldeatenciódecada paciente.	100%	Realizolosprocedimientos,actividadeseintervenciones diagnósticasyterapéuticasparaelmanejodepatologías establecidasdentrodelplanintegraldeatenciódecada paciente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN
Ejecucióndelplanindividualdehabilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	100%	Ejecuto del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	100%	Participoenlasactividadesderevista,análisisdecasos clínicosconelfindeevaluaryencasodesernecesario ajustarelplanindividualdehabilitación/rehabilitacióndel usuario ambulatorio uhospitalizado	CUANDO SE REQUIERA
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	100%	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitaciónyposterioralaejecucióndelplande intervención o suegreso	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN
Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellosregistrosnecesariosparaelcumplimientodelos procesos de costos yfacturación	100%	Llevo registro de la atención de las 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 SISTEMA DE INFORMACIÓN
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	100%	Participar en la programación de las actividades de la Subred.	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN
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.	100%	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementarlasaccionesdemejoradefinidasparaelservicio.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	100%	Imparto instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e Integralidad.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	100%	Realizo las intervenciones al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN
Participación en la actualización e implementación de guíasdemanejo,protocolosyprocedimientosrequeridos en elservicio	100%	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	100%	Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	CUANDO SE REQUIERA
Registrolasactividadesrealizadas,deacuerdoconel sistemadeinformacióndelservicio,paraconsolidarla producción mensual delárea.	100%	Registrolasactividadesrealizadas,deacuerdoconelsistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual delárea.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **KARINA ALEXANDRA SEGURA PULIDO**, identificada con **CC** número **1023929884**, aportó por el empleado **SEGURA PULIDO KARINA ALEXANDRA** identificado(a) con **CC** número **1023929884** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2021 y 02 - 2021 de la siguiente forma.

14-11	ARL SURA								X					0		30	$2,034,576	0.02436	$49,600	$0	$0	1/1/2021 12:00:00 AM	48572462	2/10/2021 12:00:00 AM	NC
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar								X					0		30	$2,034,576	0.02000	$40,700	$0	$0	1/1/2021 12:00:00 AM	48572462	2/10/2021 12:00:00 AM	NC
EPS008	Compensar EPS								X					0		30	$2,034,576	0.12500	$254,400	$0	$0	1/1/2021 12:00:00 AM	48572462	2/10/2021 12:00:00 AM	NC
230201	Proteccion (ING + Proteccion)								X					0		30	$2,034,576	0.16000	$325,600	$0	$0	1/1/2021 12:00:00 AM	48572462	2/10/2021 12:00:00 AM	NC
14-11	ARL SURA								X					0		30	$2,016,000	0.02436	$49,200	$0	$0	2/1/2021 12:00:00 AM	49253854	3/11/2021 12:00:00 AM	NC
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar								X					0		30	$2,016,000	0.02000	$40,400	$0	$0	2/1/2021 12:00:00 AM	49253854	3/11/2021 12:00:00 AM	NC
EPS008	Compensar EPS								X					0		30	$2,016,000	0.12500	$252,000	$0	$0	2/1/2021 12:00:00 AM	49253854	3/11/2021 12:00:00 AM	NC
230201	Proteccion (ING + Proteccion)								X					0		30	$2,016,000	0.16000	$322,600	$0	$0	2/1/2021 12:00:00 AM	49253854	3/11/2021 12:00:00 AM	NC

El presente certificado se expide a los 11 días del mes Marzo de 2021

Este documento es 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:

Karina Alexandra Segura Pulido

C.C.: 1023929884

La suma de Tres Millones Ciento treinta y cinco mil novecientos sesenta pesos ($3.135.960), por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como Terapeuta Respiratoria durante el periodo del 1 al 31 de MARZO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2296-2021

Karina Alexandra Segura Pulido

C.C.: 1023929884

CUENTA DE AHORROS BANCO Bancolombia

NUMERO 14160393140

Bogotá DC 18 de marzo del de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO X cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO X cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO X
5. SI _____ NO X mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO X mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____
8. Solicito SI _____ NO X realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI _____ NO X o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO X

Atentamente

Ikarina Alexandra Segura Pulido
NOMBRE

FIRMA

C.C 1023929 884.

UNIDAD USS Fontibon

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14688007253

(415)7707212489984(8020) 000001468800725 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 3 9 2 9 8 8 4	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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 3 9 2 9 8 8 4	2 0 1 1 1 2 2 8

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
SEGURA	PULIDO	KARINA	ALEXANDRA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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
CL 48 J SUR 5 H 16 IN 1 BRR BOCHICA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
gurabast@gmail.com		5 6 7 1 7 0 5	3 2 0 3 4 5 3 6 9 2

CLASIFICACION

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 9 2	2 0 2 0 0 3 2 0	3 9 0 0	2 0 1 4 0 1 3 0			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 0	

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:	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2 0 2 0 0 3 2 0

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SEGURA PULIDO KARINA ALEXANDRA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO AUTENTICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-03-2020 09:36:03PM