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 Fecha de aprobació 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALEJANDRA CAROLINA MORENO RAMIREZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.037.627.559						
CORREO ELECTRONICO:	amoren15@iberoamericana.edu.co				CELULAR:	3022001453						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	REHABILITACION				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10H03 10% KE10JO2 - CV19 90%	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4572620781								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1661-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 DE 7				
NÚMERO DE CDP 1	924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP 1	35865	FECHA	30/06/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2021		31	8	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES - HORA	$3.759.780									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%								
OBSERVACIONES: SE ANEXA PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE JUNIO DEL 2021 SOBRE EL 40% DE 3.759.780										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$26.029.860
VALOR EJECUTADO	$25.208.460
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.237.120
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$821.400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 $ **2.271.315** 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
52598415	$1.503.912	$188.000	$240.700	3	$36.700	$465.400

Dado en Bogotá a los ( ) días de AGOSTO del año (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia A Penagos N

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
SUPERVISOR

"Amorenof"

ALEJANDRA CAROLINA MORENO RAMIREZ.
CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	1/07/2020
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	UNIDAD DE KENNEDY				**Sede:** KENNEDY				
No. DE CONTRATO:	1661 - 2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.021		31	8	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALEJANDRA CAROLINA MORENO RAMIREZ		**C. C.**	1.037.627.559		**DE**	Envigado		

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 Respiratoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _ NO ____ **Servicios:** SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA se obliga con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades. 1. Cumplir las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna del E.S.E que tenga relación con la ejecucion del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al codigo del buen gobierno y etica institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes del sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promocion, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestion de la Subred Suroccidente relacionados con la gestion ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Unico de acreditacion, Responsabilidad Social, Seguridad de la Informacion y Control Interno, acorde a las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de cooperacion de los componentes del Sistema unico de Habilitación, Auditoria para el mejoramiento de la calidad, Sistema unico de Acreditación y Sistema de informacion. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Unico de Acreditacion: Gestión del Riesgo, Humanizacion de la atencion, Transformacion cultural, Gestion clínica excelente y segura, Gestion de la Tecnologia, Atencion centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas Gerenciales, acuerdos institucionales, Protocolos eticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos, definidos en el marco de operacion de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que alla lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los organos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades publicas o privadas, dentro de los terminos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualizacion, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contra actuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio juridico e informar de manera oportuna las dificultades que se presentas en la ejecucion de las responsabilidades asignadas. 14. EL CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuacion o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E., que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de servicios de salud Suroccidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestacion de Servicios de Salud, será motivo de terminacion unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento tecnico, administrativo y financiero del negocio juridico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. EL CONTRATISTA cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atencion medica y apoyo a la misma al ser consecuencia logica de la mision medica. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contra actual. PARAGRAFO SEGUNDO EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S.	100%	Se realizo la valoracion de cada paciente con calidad; se realizaron registros en la histona clinica de acuerdo al diagnostico, el formato de histona clinica institucional, toma de muestra de gases arteriales y/o venosos, toma de muestras respiratorios, hisopados a pacientes con sospecha y confirmados por SARS - COVID 19 y seguimiento ventilatorio.	**Sistema de informacion del Paciente.**
	100%	Se brindo atencion oportuna en los aspectos de evaluacion, tratamiento y seguimiento a los pacientes que requieran el servicio a nivel hospitalario como tambien atencion por consulta externa.	**Libro de entrega de turno.**
	100%	Se realizo diligenciamiento completo, legible y oportuno de la historia clinica dando cumplimiento a la resolucion 1.995 de 1999.	**Registro de historia clinica.**
	100%	Realiza las actividades de promocion de la salud y la prevencion de la enfermedad atendiendo las directrices institucionales.	**Sistema de informacion del Paciente.**
	100%	Se diligenciaron completamente los registros de atencion con las actividades realizadas en el punto de atencion y se entregaron oportunamente para alimentar los sistemas de informacion institucionales y de los pacientes que requirieron atencion prioritaria y urgente.	**Registro de historia clinica.**
	100%	Se realizaron actividades de promocion y prevencion de la enfermedad respiratoria aguda y re realizaron las actividades incluidas dentro de los convenios docente-asistenciales y de investigacion que se programaron en el servicio, como en la institucion.	**Implementacion de estrategia ERA,educacion al paciente y/o cuidador**
	100%	Se realizo reporte de eventos e incidentes, elaborando y controlando adecuadamente los pedidos de material e insumos necesarios para la prestacion del servicio.	**Sistema de informacion del Paciente.**
	100%	Se realizo informe de gestion oportuno al surpervisor del contrato, dando a conocer las novedades e irregularidades presentadas en el servicio durante este periodo.	**Reporte mensual de procedimientos con el informe de gestion.**
	100%	Se particpo activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institucion en el proceso de acreditación, que hicieron parte al mejoramiento continuo de entidadad.	**Se participo en las actividades de humanizacion durante el mes de AGOSTO.**
	100%	Se hizo control de insumos y solicitud de los mismos de acuerdo a las pautas de seguridad del paciente, cambios de equipo de aerosolterapia entre otros utilizados de manera individual por los pacientes.	**Recibo de pedido de insumos y reporte en Kardex.**

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : $ 3.237.120 (Tres Millones Doscientos Treinta y Siete Mil Ciento Veinte Pesos M/C)

"Morenof"

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ALEJANDRA CAROLINA MORENO RAMIREZ CC 1037627660

Claudia A Penagos N.

Fecha : AGOSTO de 2021, FIRMA RECIBIDO SUPERVISOR: CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA

Nota: El informe para su aprobación estara sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Escaneado con CamScanner

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	1037627559	ALEJANDRA CAROLINA MORENO RAMIREZ		CRA 80 D # 97 5	4963467	amoren15@iberoamericana edu .co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D C.	BOGOTÁ D C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-07	2021-07	I	11/08/2021	52598415	$465.400

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	188.000	0		0		0	0	0	0	188.000	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	240.700	0	0	0	0	0	0		240.700	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	36.700				36.700	0	0	36.700			367	36.700	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	188.000	188.000
Pensión	1	240.700	240.700
Riesgos Laborales	1	36.700	36.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	465.400	465.400

Escaneado con CamScanner

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	1037627559	ALEJANDRA CAROLINA MORENO RAMIREZ	CRA 80 D # 97 5	4963467	amoren15@iberoamericana.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-07	2021-07	I	11/08/2021	52598415	$465.400

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Estudiante	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	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
CC	1037627559	MORENO RAMIREZ ALEJANDRA CAROLINA	59	0			N																	25-14	1.503.912	240.700	0	0	0	0	EPS008	1.503.912	168.000	14-1T	1.503.912	3	36.700		0	0	0	0	0	0	0

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE **08 / 2021**

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ALEJANDRA CAROLINA MORENO RAMIREZ

C.C 1.037.627.559 DE ENVIGADO

La suma de $ 3.237.120 **(Tres Millones Doscientos Treinta y Siete Mil Ciento Veinte Pesos M/C), por concepto de: prestación de servicios como TERAPEUTA RESPIRATORIA, en el área de UCI de la USS Kennedy** durante el periodo **01 de AGOSTO al 31 de AGOSTO del 2021** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1661-2021.**

"Amoreno"

ALEJANDRA CAROLINA MORENO RAMIREZ

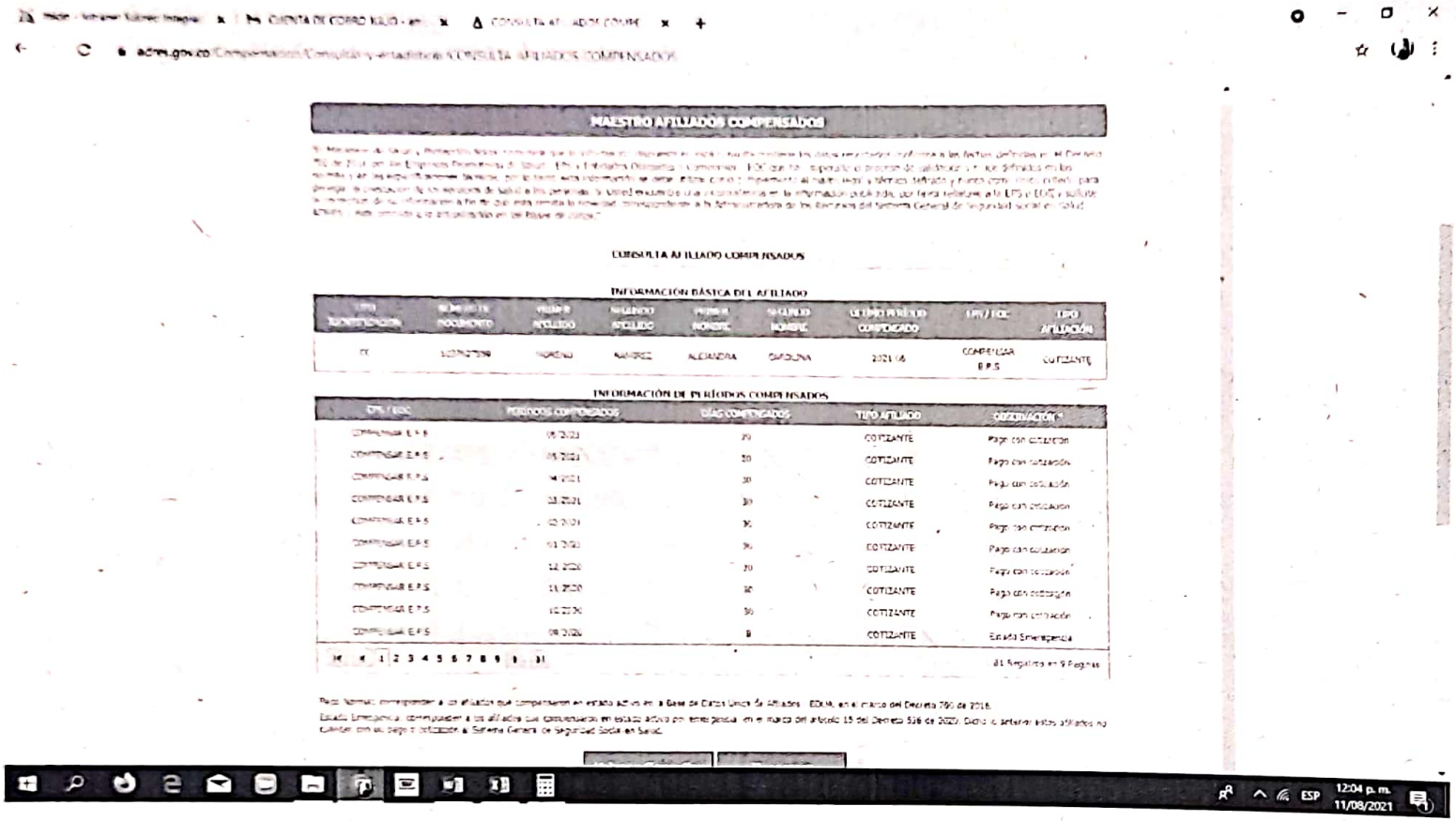
C.C 1.037.627.559 DE ENVIGADO

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 04572620781

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner



MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1.07[illegible]799	[illegible]	[illegible]RREZ	ALEJANDRA	CAROLINA	2021-06	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERIODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN
COMPENSAR E.P.S.	06-2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S.	05-2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S.	04-2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S.	03-2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S.	02-2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S.	01-2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S.	12-2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S.	11-2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S.	10-2020	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S.	09-2020	8	COTIZANTE	Estado Emergencia

« ‹ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 › »

81 Registros en 9 Paginas

Pago Normal: corresponde a los afiliados que Compensan en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponde a los afiliados que Compensan en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no Cuentan con el pago y notificación a Salvema General de Seguridad Social en Salud.

Escaneado con CamScanner