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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		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	%
	FO02M07	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	7					
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	2021/06/21	NÚMERO DE CRP	36396	FECHA	30/06/2021			
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	8	2021		31	8	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, 180 HORAS ABRIL, 186 HORAS MAYO, 180 HORAS MES DE JUNIO, 180 HORAS MES DE JULIO, 208 HORAS MES DE AGOSTO (11 HORAS ADICIONALES DE 192 HORAS EFECTIVAS DEL MES DE AGOSTO)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$23.854.920
VALOR EJECUTADO	$23.838.900
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.422.580
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$16.020
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 **$2.271.315** 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
52576830	$1.213.920	$151.740	$194.227	3	$29.571	**$375.538**

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

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

KARINA ALEXANDRA SEGURA PULIDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	8	2021		31	8	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

Registrarlasactividadesrealizadas,deacuerdoconel sistemadeinformaciónde lservicio,paraconsolidarla producción mensual delárea.	100%	Registrolasactividadesrealizadas,deacuerdoconelsistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual delárea.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	100%	Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	CUANDO SE REQUIERA
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimientodel contrato.	100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento delcontrato.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Participare en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocerydarcumplimientoalosprocedimientos establecidosporlaSubred,además deapoyarla implementación de losmismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACIÓN DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO SE REQUIERA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):	**$ 3.422.580**	Tres millones cuatrocientos veinte dos mil quinientos ochenta pesos

cc.**1023929884**

RODOLFO DUARTE CELY

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el área o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie número de contrato
Periodo certificado desde el: Diligénciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadanía
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadanía
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron de las actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en número y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **KARINA ALEXANDRA SEGURA PULIDO**, identificada con **CC** número **1023929884**, aportó por el empleado **KARINA ALEXANDRA SEGURA PULIDO**, identificado(a) con **CC** número **1023929884** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **52576830** para el periodo de salud **2021-07** y pensiones **2021-07** de la siguiente forma.

Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0											0		30	$1.213.920	0,02436	3		$29.600	$0	$0	Julio - 2021	52576830	10/08/2021	N
Cajas	CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	860066942	59	0											0		30	$1.213.920	0,02000			$24.300	$0	$0	Julio - 2021	52576830	10/08/2021	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0											0		30	$1.213.920	0,12500			$151.800	$0	$0	Julio - 2021	52576830	10/08/2021	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0											0		30	$1.213.920	0,16000			$194.300	$0	$0	Julio - 2021	52576830	10/08/2021	N

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

Este documento está 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 cuatrocientos veinte dos mil quinientos ochenta pesos ($3.422.580), por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como Terapeuta Respiratoria durante el periodo del 1 al 31 de agosto 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