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 aprobación | 2/15/2018 |
| Código: | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ERIKA MAYORLY ROJAS VELASCO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52715194 | |
| CORREO ELECTRONICO: | fisioerikarojas@gmail.com | | | | CELULAR: | 7587222 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | COLECTOR REHABILITACION HOSPITALARIA OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10H03 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO POPULAR | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 210491050720 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1184 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 2625 | FECHA | 2023-10-31 10:11:12.000 | NÚMERO DE CRP | 53589 | FECHA | 2023-10-31 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | FISIOTERAPEUTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-10-01 | | 2023-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,688,938 | | | | |
| 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: | $33,200,442 |
| VALOR EJECUTADO | $32,248,458 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,688,938 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $951,984 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 71141817 | $1,475,575 | $184,447 | $236,092 | 3 | $35,945 | $456,484 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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

Powered by CamScanner

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

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Consulta de atención y apoyo terapéutico. | Historia Clínica Dinámica. Pacientes de Hospitalización |
| 2. Ejecución 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. | Consulta de atención y apoyo terapéutico. | Historia Clínica Dinámica. Pacientes de Hospitalización |
| 3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes, | Diligenciar Historia Clínica , explicación de procedimientos ( Consentimiento informado ) | Historia Clínica Dinámica. Pacientes de Hospitalización |
| 4. Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de avaluar y en caso necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado, | Registros Historia Clínica, comunicación equipo interdisciplinario, entrega de turno. | Historia Clínica Dinámica- libro de entrega de turno. Pacientes de Hospitalización |
| 5. 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 | Educación al paciente y/o familia. | Historia Clínica Dinámica. |
| 6. Llevar 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 | Libros de registro y formatos de estadística | Libros de registros actividades formatos de estadística – Historia Clínica Dinámica y correos electrónicos. |
| 7. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Correos electrónicos con reportes | No se presentaron eventos de notificación |
| 8. 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. | Ejecutar acciones preventivas- Plan de mejoramiento- Reportes de Seguridad del paciente- Encuentro de aprendizaje continuo | Reportes de seguridad del paciente- Planes de mejora – Listado de asistencia - Encuentro de aprendizaje continuo Octubre |
| 9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Registro de Historia clínica : valoración neuromuscular y valoración osteomuscular | Historia Clínica Dinámica. |
| 10. Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Consulta de atención y apoyo Terapéutico | Historia Clínica Dinámica. |
| 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición , plan de manejo y atención | Educación al paciente y/o familia- Socialización de deberes y derechos. | Historia Clínica Dinámica. |
| 12. Participación en la actualización e implementación de guías de manejo , protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Participación en la actualización e implementación de guías de manejo. Participación en Encuentro de aprendizaje continuo | Historia Clínica Dinámica- Almera – lista de asistencia Encuentro de aprendizaje continuo del mes de Octubre |
| 13. 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 | Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad | Historia Clínica Dinámica. Reporte de sucesos de seguridad |
| 14. Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Registro en Historia Clínica. | Historia Clínica Dinámica |
| 15. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur occidente, | Registros de Historia Clínica Dinámica, aplicar procesos de Manual de calidad. | Historia Clínica Dinámica –Almera |
| 16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación de contrato. | Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos. | Inventario, reportes a coordinación y /o a mantenimiento. |
| 17. participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Asistir a Capacitaciones y reuniones convocadas. | Listados de asistencia asegúrate Buena practica prevención ulceras por presión servicio de hospitalización y urgencias y conversatorio de calidad |
| 18. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Aplicación de guías de manejo, protocolos, procedimientos, listas de chequeo. | Historia Clínica Dinámica, Almera |
| 19. Entregar la constancia de afiliación y pago del sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Entrega mensual con cuenta de cobro | Entrega de soporte de pago de seguridad social digital del mes de Septiembre |
| 20. Realizar las demás actividades que sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Actividades afines con la naturaleza del contrato | N/A |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Powered by CamScanner

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Se certifica que **ERIKA MAYORLY ROJAS VELASCO**, identificada con **CC** número **52715194**, aportó por el empleado **ERIKA MAYORLY ROJAS VELASCO**, identificado(a) con **CC** número **52715194** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **71141817** para el periodo de salud **2023-09** y pensiones **2023-09** de la siguiente forma.

| TIPO | CODIGO | NOMBRE | NIT | COTIZANTE | SUBTIPO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | CLASE RIESGO | INDICA TARIFA PENSIÓN | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Riesgos Laborales | 14-11 | ARL SURA | 890903790 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.475.575 | 0,02436 | 3 | | $36.000 | $0 | $0 | Septiembre - 2023 | 71141817 | 17/10/2023 | N |
| Salud | MIN002 | Fondo de Solidaridad y Garantia - FOSYGA | 901037916 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.475.575 | 0,12500 | | | $184.500 | $0 | $0 | Septiembre - 2023 | 71141817 | 17/10/2023 | N |
| Pensiones | 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.475.575 | 0,16000 | | | $236.100 | $0 | $0 | Septiembre - 2023 | 71141817 | 17/10/2023 | N |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 17 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE **10 / 2023**

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

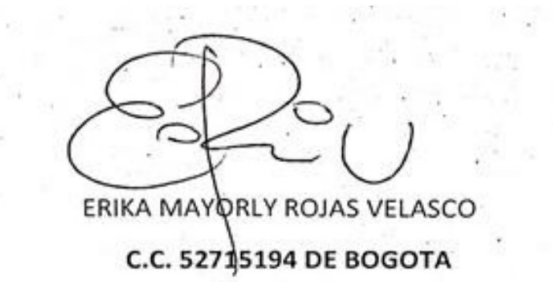
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

**ERIKA MAYORLY ROJAS VELASCO**

**C.C 52.715.194 DE BOGOTA**

La suma de **$ 3.688.938 (Tres Millones Seiscientos ochenta y ocho mil novecientos treinta y ocho Pesos ML/C), por concepto de: prestación de servicios como FISIOTERAPIA, en el área de HOSPITALIZACION de la USS Kennedy** durante el periodo **01 de Octubre al 31 de Octubre del 2023** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1184-2023.**




**CUENTA DE AHORROS BANCO POPULAR**

**NUMERO 50080394349-5**

Powered by CamScanner

ADRES

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES**

La salud es de todos Minsalud

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52715194 | ROJAS | VELASCO | ERIKA | MAYORLY | 2016-01 | COOMEVA E.P.S S.A. | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| COOMEVA E.P.S S.A. | 01/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 12/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 11/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 10/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 09/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 08/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 07/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 06/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 05/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 04/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 03/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 02/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 01/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 12/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 11/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 10/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 09/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 08/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 07/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 06/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 05/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 04/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 03/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 02/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 01/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 12/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 11/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| COOMEVA E.P.S S.A. | 10/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Información Importante:

El campo "Observación *" denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN

DIGSA

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

# CERTIFICA

Consecutivo: 1341765

Que el (la) señor(a) SM. RAUL ALBERTO ZARATE PEÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía 19386455 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

Beneficiario(s):

| Nombres y Apellidos | Tipo | Documento | Parentesco | Plan afiliación | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| ERIKA MAYORLY ROJAS VELASCO | CC | 52715194 | COMPAÑERA(O) | Beneficiario | Activo |

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO(A) en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Que en razón de lo anterior su empleador o administrador de pensiones deberá dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.13.5, inciso 5 que a la letra reza: «[…] Cuando las disposiciones legales que regulan al régimen exceptuado o especial no prevén la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañera, o compañero permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, obligado a cotizar deberá afiliarse en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los beneficiarios quedaran cubiertos por el régimen de excepción o especial. Si el régimen de excepción no prevé la afiliación del grupo familiar o la composición del núcleo familiar según lo previsto en el presente decreto, el obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus beneficiarios se afiliarán a este último».

NOTA: ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VÁLIDA PARA REALIZAR APORTES ANTE FOSYGA.

Dada en Bogotá D.C., el día 19 de octubre de 2023.

Mayor LUIS EDUARDO QUIROGA QUINTANA
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTALSIS



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner