| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Jessica Natalia Patiño Perez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1018505399 | |
| CORREO ELECTRONICO: | natalia199803@gmail.com | | | | CELULAR: | 3006829866 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | OTRAS TERAPIAS PATIO BONITO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11M07 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO FALABELLA S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 111630076798 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1221 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 3044 | FECHA | 2023-12-14 11:29:20.000 | NÚMERO DE CRP | 67311 | FECHA | 2023-12-15 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | FISIOTERAPEUTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-12-01 | | 2023-12-31 | | | |
| 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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $38,513,904 |
| VALOR EJECUTADO | $35,012,640 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,501,264 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,501,264 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 91% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 72691798 | $1,400,506 | $175,063 | $224,081 | 3 | $34,116 | $433,260 |

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

SAIRA ANDREA MELO GUZMAN
23846067
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

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 |
|---|---|---|
| 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 Y APOYO TERAPEUTICO | REALIZAR HISTORIA CLINICA DINAMICA |
| 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 Y APOYO TERAPEUTICO | REALIZAR HISTORIA CLINICA DINAMICA |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | EXPLICACION DE PROCEDIMIENTOS Y PLAN DE TRATAMIENTO | CONSULTA Y APOYO TERAPEUTICO |
| 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. | COMUNICACION ASERTIVA CON EQUIPO MULTIDISIPLINARIO Y REGISTRO DE HISTORIA | COMUNICACION ASERTIVA CON EQUIPO MULTIDISIPLINARIO Y REGISTrO DE HISTORIA |
| 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 | EDUCACION A FAMILIAR Y PACIENTE SOBRE EL PLAN DE TRATAMIENTO | CONSULTA Y APOYO TERAPEUTICO |
| 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 cum plimiento de los procesos de costos y facturación | FORMATO DE ASISTENCIA E HISTORIAS CLINICAS | ESTADISTICAS E HISTORIAS CLINICAS |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred | PARTICIPAR EN ENCUENTRO DE APRENDIZAJE | LISTADOS DE ASISTENCIA |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | CORREO CLINICO CON SOPORTE | NO SE PRESENTARON FALLAS PARA NOTIFICAR |
| Notificar las fallas de cal idad 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. | ENCUENTRO DE APRENDIZAJE | PARTICIPACIÓN EN ENCUENTRO DE APRENDIZAJE DE REHABILITACIÓN |
| Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes | COMUNICACION MULTIDISCIPLINAR | COMUNICACION MULTIDISCIPLINAR |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | REGISTRO DE HISTORIA CLINICAS, VALORACIONES OSTEOMUSCULARES Y NEUROMUSCULARES | HISTORIAS CLINICAS EN DINAMICA |
| Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | CONSULTA Y APOYO TERAPEUTICO | HISTORIAS CLINICAS EN DINAMICA |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | EDUCACION A PACIENTE Y FAMILIARES, DANDO A CONOCER DERECHOS Y DEBERES Y SU PLAN DE TRATAMIENTO | HISTORIAS CLINICAS EN DINAMICA |
| Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | PARTICIPAR EN EL ENCUENTRO DE APRENDIZAJE | PARTICIPAR ENCUENTRO DE APRENDIZAJE DEL MES DE DICIEMBRE |
| 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. | REPORTES DE SEGURIDAD Y REGISTRO DE HISTORIA CLINICA | HISTORIA CLINICA DINAMICA |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | HISTORIA CLINICA DINAMICA | HISTORIA CLINICA DINAMICA |
| Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | REALIZAR CONSTANTE INVESTIGACIONES SOBRE PLANES DE TRATAMIENTO | REALIZAR CONSTANTE INVESTIGACIONES SOBRE PLANES DE TRATAMIENTO |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | REVISAR SECOP II Y SURESOC | REVISAR SECOP II Y SURESOC |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente | REGISTROS Y PROCESOS DE CALIDAD | HISTORIA CLINICA DINAMICA |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificaci ón de cumplimiento del contrato | REGISTRO DE ESTADISTICAS E HISTORIAS CLINICAS | REGISTRO DE ESTADISTICAS E HISTORIAS CLINICAS |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | VELAR Y RESPONDER POR RECURSOS DE FORMA ADECUADA Y BUEN FUNCIONAMIENTO | INVENTARIO Y MANTENIMIENTO |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES | ENCUENTRO DE APRENDIZAJE |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS | HISTORIA CLINICA |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | ENTREGA MENSUAL DE CUENTA DE COBRO | ENTREGA MENSUAL DE CUENTA DE COBRO |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | ACTIVIDADES AFINES AL CONTRATO | ACTIVIDADES AFINES AL CONTRATO |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

SAIRA ANDREA MELO GUZMAN
23846067
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBEA:**

**JESSICA NATALIA PATIÑO PÉREZ**

**CC. 1018505399 DE BOGOTÁ**

La suma de 3.501.264 (Tres millones quinientos unos mil doscientos sesenta y cuatro pesos) M/CTE. por concepto de: Prestación de servicios como fisioterapeuta; en la Unidad de Patio Bonito Tintal y Fontibón durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1221-2023



**JESSICA NATALIA PATIÑO PÉREZ**

**CC. 1018505399 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS**

**FALABELLA NÚMERO:**

**111630076798**

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

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1018505399 | PATIÑO | PEREZ | JESSICA | NATALIA | 2023-10 | E.P.S SURAMERICANA S.A | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 08/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 07/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 06/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 05/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 04/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| E.P.S SURAMERICANA S.A | 03/2022 | 28 | COTIZANTE | Pago con cotización |

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.

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 | 1018505399 | JESSICA NATALIA PATIÑO PEREZ | Transversal 69B #9D 40 | 6016403888 | natalia199803@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-11 | 2023-11 | I | 24/11/2023 | 72691798 | $461.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 175.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 175.100 | 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 | 224.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 224.100 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 34.200 | | | | 34.200 | 0 | 0 | 34.200 | | | 342 | 34.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 28.100 | 0 | 0 | 28.100 | 1 |

**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 | 175.100 | 175.100 |
| Pensión | 1 | 224.100 | 224.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.200 | 34.200 |
| CCF | 1 | 28.100 | 28.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 461.500 | 461.500 |

PAGADA

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 | 1018505399 | JESSICA NATALIA PATIÑO PEREZ | | Transversal 69B #9D 40 | 6016403888 | natalia199803@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-11 | 2023-11 | I | 24/11/2023 | 72691798 | $461.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | 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 |
| 1 | CC | 1018505399 | PATIÑO PEREZ JESSICA NATALIA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.400.505 | 224.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.400.505 | 175.100 | 14-23 | 1.400.505 | 3 | 34.200 | CCF24 | 1.400.505 | 28.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información