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:	CATALINA LOPEZ TRUJILLO							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1013623089		
CORREO ELECTRONICO:	katalotru@gmail.com				CELULAR:	7392000- 3102203561		
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 DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570120329					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1246			VIGENCIA	2023			
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	2024-01-17 10:45:28.000	NÚMERO DE CRP	6888	FECHA	2024-01-17 10:59:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA OCUPACIONAL							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL				
		2024-01-01		2024-01-31				
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:	$44,578,255
VALOR EJECUTADO	$44,578,255
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,688,938
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
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 $2.194,507 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
7907659687	$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 Enero de 2024. 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	Valoración inicial y de seguimiento de pacientes.	Historia Clínica del paciente.
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	Emisión de concepto del paciente, diseño y ejecución de plan de intervención individual.	Historia Clínica del paciente.
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Diligenciamiento y socialización de consentimiento informado a familiar y cuidador.	Formato de Consentimiento informado
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	Participación en reuniones interdisciplinarias mensuales .	Historia Clínica del paciente.
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	Socialización de derechos y deberes. / Desarrollo de Talleres Psicoeducativos para padres y cuidadores.	Historia Clínica del paciente.
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	Diligenciamiento de la estadistica de intervención individuales y grupales ademas de cualquier otra actividad asistencial dentro del programa. / Entrega de informa mensual a líder de unidad.	Entrega informe final vía correo electrónico a Líder de la Unidad.
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Participación en capacitaciones presenciales y virtuales de los tópicos programados por la subred.	Diligenciamiento de asistencia en actas de los encuentros.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Actividad no programada	No aplica
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.	Actividad no programada	No aplica
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Seguimiento de guías de manejo y adherencia al diligenciamiento de la Historia Clínica.	Historia clínica del paciente
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Intervención Individuales , grupales y familiares según el plan d e manejo de cada paciente.	Historia Clínica del paciente.
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Socialización de derechos y deberes. / Desarrollo de Talleres Psicoeducativos para padres y cuidadores.	Historia Clínica del paciente.
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Actividad no programada	No aplica
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.	Actividad no programada	No aplica
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Diligenciamiento de estadística de forma diaria.	Informe final mensual del servicio.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Diligenciamiento de la estadistica de intervención individuales y grupales ademas de cualquier otra actividad asistencial dentro del programa. / Entrega de informa mensual a lider de unidad.	Entrega informe final vía correo electrónico a Líder de la Unidad.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CONVERSATORIO DE CALIDAD ULG PATOP BONIYTO TINTAL	Firma de acta diligenciada del encuentro.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Diligenciamiento de cuenta de cobro y subida de soportes en SURESCOC	Plataforma SURESCOC
Participación en Mesa primaria de Rehabilitación, cumplir con las tareas asignadas por la misma.	Participación y apoyo en tareas delegadas.	Actas diligenciadas en los encuentros programados.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Agendamiento de citas del programa.	Agenda en formato drive.

Copia Controlada Subred Suroccidente

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013623089
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CATALINA LOPEZ TRUJILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 49B # 9-89 BLOQUE 3	TELÉFONO:	7392000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7907659687**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/01/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		385195041

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 236.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 236.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 184.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 184.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 36.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 36.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 456.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 456.600**

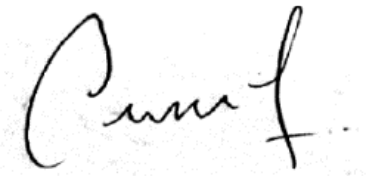
Planilla Pagada

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.SE.
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CATALINA LOPEZ TRUJILLO
C.C 1013623089

La suma de **$3.688.938,** para concepto de: prestación de servicios como **TERAPEUTA OCUPACIONAL** durante el periodo de **01 Al 31 De Enero de 2024** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios**,** adición de contrato **N° 1246-2023.**



CATALINA LOPEZ TRUJILLO
C.C 1013623089
CUENTA DE AHORROS: BANCO DAVIEVIENDA
NUMERO 570120329

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1013623089	LOPEZ	TRUJILLO	CATALINA		2023-12	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	1013623089	LOPEZ	TRUJILLO	CATALINA		2017-06	CRUZ BLANCA E.P.S	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
FAMISANAR E.P.S.	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

124 Registros en 13 Paginas

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

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar