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:	magaly amanda torres						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	36562045	
CORREO ELECTRONICO:	amanda1502@gmail.com				CELULAR:	3158419930	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OTRAS TERAPIAS HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37M07	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	456400071712				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4186			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	339	FECHA	2024-01-24 15:34:13.000	NÚMERO DE CRP	16700	FECHA	2024-02-07 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-03-01		2024-03-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,260,962						
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:	$11,066,814
VALOR EJECUTADO	$5,711,904
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,260,962
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,354,910
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	52%

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
9463445824	$1,380,377	$172,547	$220,860	3	$33,626	$427,033

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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
"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"	Adherencia a las guias de amnejo en atención al usuario, seguir lineamientos y relamento interno de la institución	Demanda Inducida; Historia Clinica, Consentimiento informado
"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 3"	Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clinica	Historia Clinica
"3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 4"	Realizar diagnostico adecuado, registro de la historia clinica y procedimientos para formlar tratamiento seguro y oprtuno	Historia Clinica
"4) 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 las diferentes actividades	Actas de asistencia
5) Realizar el ejercicio de autocontrol autoregulacion autosugestion en las actividades oportunas y completas con la normatividad vigente	Diligenciamiento y entrega oportuna de las fichas de notificación	Fichas de Notificación
"o 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"	Reportes de fallas presentadas y acciones realizadas	Aplicativo, reportes y planes de mejora
"o 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"	Diligenciamiento completo y adecuado de losdiferentes formatos requeridos dentro del proceso	Proceso de Atención
"7) Participar en la programación de las actividades de la Subred"	Diligenciamiento completo y adecuado de losdiferentes formatos requeridos dentro del proceso	Historia clinica, actas, consentimiento informado
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Diligenciamiento acorde, claro y completo del regsitro	Consentimiento Informado
"9) 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. 1"	Realizar seguimiento seguro y oportuno al paciente y las canalizaciones a los servicios que requiere	Historia clinica
. 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	Informar de forma clara al paciente y su familia el plan de manejo de su condición de salud	Historia clinica y consentimiento informado
"s. 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 1"	Emisión de conceptos medicos acorde a las solicitudes realizadas realizando una ficha de sivistra	Conceptos medicos
". 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio."	Aplicar durante el proceso de atención todos lolinemaientos establecidos y guías de adherencia institucionales	Resultados de Auditoria
. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Entrega de Informes mensuales o periodicos que demuestren la veracidad de las actividades realizadas	Informes
". 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 1"	Velar y responder por recursos y adecuado funcionamiento de equipos, bienes, muebles de la institución	Listas de chequeo e inventarios
"15) 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"	Realización de actividades asignadas	Realización de actividades asignadas
"16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área"	Realizar actividades acorde a los procedimeintos establecidos	Proceso de Atención
"17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios"	Participar en las actividades programadas	Participar en las actividades programadas
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Paraticipación en actividades	Actas de asistencia
"19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente"	Asistir a lasEAC;LCS entre otras actividades programadas por la institución	Actas de asistencia
"20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato."	Entrega oportuna de los soportes de pago realizados al sistema	Planillas de pago
"22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado"	Realización de actividades asignadas	Actas de asistencia
23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Realización de actividades asignadas	Actas de asistencia
"24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. "	Realización de actividades asignadas	Actas de asistencia
. 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realización de actividades asignadas	Actas de asistencia

Copia Certificado Subred Suroccidente

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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 N° 12/2023

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

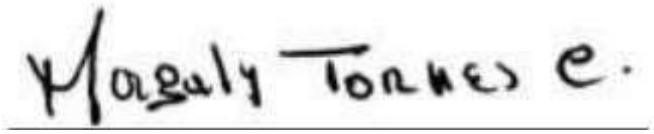
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MAGALY AMANDA TORRES CANGA

CC 36.562.045. DE SANTAMARTA

La suma de 2.260.962 (DOS MILLONES DOCIENTOS MIL NOVECIENTOS SECENTA Y DOS MIL PESOS M/C.) por concepto de servicios TERAPEUTA durante el periodo de 01 al 31 de marzo del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4186 / 2024.

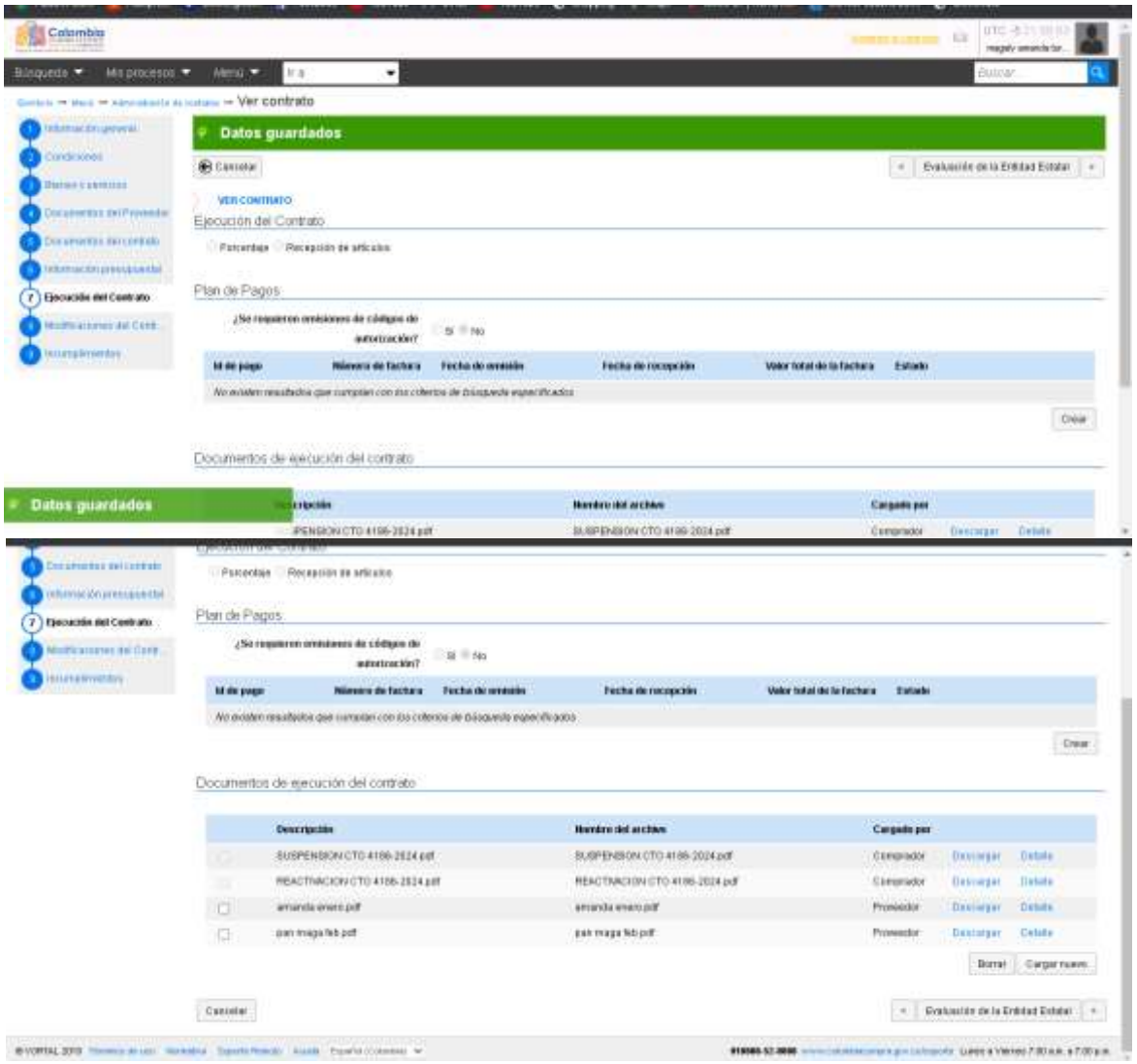


MAGALY AMANDA TORRES CANGA

CC 36.562.045. DE SANTAMARTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 456400071712


Colombia
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Ver contrato
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren omisiones de códigos de autorización?
Si
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
SUSPENSION CTO 4186-2024.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
REACTIVACION CTO 4186-2024.pdf
amanda enero.pdf
Proveedor
pan maga feb.pdf
Borrar
Cargar nuevo

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36562045		TORRES CANGA MAGALY AMANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 31 # 15 - 119	SOACHA-CUNDINAMARCA	4228874	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	502866933	9463445824	I	2024/03/12	2024/03/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,428,000	$228,500			$1,428,000	$178,500			$0	$0			$1,428,000	$34,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,428,000	$228,500			$1,428,000	$178,500			$0	$0			$1,428,000	$34,800		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,428,000	$228,500			$1,428,000	$178,500			$0	$0			$1,428,000	$34,800		$0	$0
1	CC 36562045	TORRES MAGALY	25-14	30	$1,428,000	$228,500	EPS005	30	$1,428,000	$178,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,428,000	$34,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,428,000	$228,500			$1,428,000	$178,500			$0	$0			$1,428,000	$34,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36562045		TORRES CANGA MAGALY AMANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 31 # 15 - 119	SOACHA-CUNDINAMARCA	4228874	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	502866933	9463445824	I	2024/03/12	2024/03/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$441,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,500	$0	$0	$228,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$228,500	$0	$0	$228,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,800	$0	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,800	$0	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,500	$0	$0	$178,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,500	$0	$0	$178,500
TOTAL				1	$441,800	$0	$0	$441,800