| 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: | LILIANA PATRICIA RIOS NARVAEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 63503448 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lilianapatriciarios@yahoo.com | | | | CELULAR: | 3166933369 | |
| 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: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20265797034 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3021 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1922 | FECHA | 2024-08-30 15:03:55.000 | NÚMERO DE CRP | 55160 | FECHA | 2024-08-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TERAPEUTA OCUPACIONAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-08-01 | | 2024-08-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,313,962 | | | | | | |
| 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: | $21,540,753 |
| VALOR EJECUTADO | $21,540,753 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,313,962 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9470470178 | $1,325,585 | $165,698 | $212,094 | 3 | $32,291 | $410,083 |

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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. | Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Registro en historia clinica |
| 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 | 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 | Registro en historia clinica |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | Registro en historia clinica |
| 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 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 | Registro en historia clinica |
| 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 | 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 | Registro en historia clinica |
| 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 | 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 | Registro en historia clinica |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred. | Participar en la programación de las actividades de la Subred. | Registro en historia clinica |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Registro en historia clinica |
| 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. | 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. | Actas, Plan de mejora |
| Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Aplicacion de manual de calidad en la institucion |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Registro en historia clinica |
| Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Registro en historia clinica |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Registro en historia clinica |
| 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, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Actas |
| 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. | 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. | Actas |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Informes en medio magnetico |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Actas |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | Registros en medio magnetico |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | Aplicacion de manual de calidad en la institucion |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Informes en medio magnetico |

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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 Surocciente

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 63503448 | | RIOS NARVAEZ LILIANA PATRICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | diag 36 N 30-60 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-08 | 2024-08 | 899603642 | 9471831634 | I | 2024/09/11 | 2024/09/09 | BANCOLOMBIA | 0 | $410,100 |

**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)** | | | | | $1,325,585 | $212,100 | | | $1,325,585 | $165,700 | | | $0 | $0 | | | $1,325,585 | $32,300 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,325,585 | $212,100 | | | $1,325,585 | $165,700 | | | $0 | $0 | | | $1,325,585 | $32,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,325,585 | $212,100 | | | $1,325,585 | $165,700 | | | $0 | $0 | | | $1,325,585 | $32,300 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 63503448 | RIOS LILIANA | 230201 | 30 | $1,325,585 | $212,100 | EPS005 | 30 | $1,325,585 | $165,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,325,585 | $32,300 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,325,585 | $212,100 | | | $1,325,585 | $165,700 | | | $0 | $0 | | | $1,325,585 | $32,300 | | $0 | $0 |



2024/09/08 09:09 AM

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 63503448 | | RIOS NARVAEZ LILIANA PATRICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | diag 36 N 30-60 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-08 | 2024-08 | 899603642 | 9471831634 | I | 2024/09/11 | 2024/09/09 | BANCOLOMBIA | 0 | $410,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $212,100 | $0 | $0 | $212,100 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $212,100 | $0 | $0 | $212,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $32,300 | $0 | $0 | $32,300 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $32,300 | $0 | $0 | $32,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $165,700 | $0 | $0 | $165,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $165,700 | $0 | $0 | $165,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $410,100 | $0 | $0 | $410,100 |