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:	Meidy Fernanda veloza Casas						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1055710330	
CORREO ELECTRONICO:	meidyfernandaveloza@gmail.com				CELULAR:	3118145062	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10U06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	476200061663				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3765			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	2024-08-30 15:03:55.000	NÚMERO DE CRP	55784	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO III						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-09-01		2024-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$7,362,996				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$66,266,964
VALOR EJECUTADO	$58,903,968
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7,362,996
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,362,996
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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
79731903	$2,945,198	$368,150	$471,232	3	$71,745	$911,127

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
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
Elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor.	Análisis y creación mensual del informe de gestión de la Dirección hospitalaria	Envío de PDF con informe de gestión a la Dirección hospitalaria, así como la presentación PowerPoint a la Subgerencia de salud
Apoyar a la Dirección y Subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales.	Asistencia a reuniones delegadas por la Dirección hospitalaria	Firma asistencia Mesa de cuidado Local de la localidad de Fontibón
Impartir instrucciones al personal a cargo.	Acompañamiento de las actividades delegadas por la Dirección hospitalaria	Verificar cumplimiento del envío de las presentaciones de PowerPoint de: Avance de nuevas obras. Verificar cumplimiento del envío de las presentaciones de PowerPoint de: Matriz de células. Verificar cumplimiento del envío de las presentaciones de PowerPoint de: Diapositivas con logros de la Dirección hospitalaria para la Subgerencia de Salud. Realizar seguimiento al diligenciamiento del Censo de capacidad instalada. Realizar la confirmación de envío semanal de entrega de turno a la subgerencia.
Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato.	Realizar las actividades dignadas por la Dirección hospitalaria	Envío de informe de gestión. Envío de Sendas y Abandonos. Envío de presentación con logros de la dirección. Envío de presentación avances nuevas obras
Participar en el seguimiento de las metas de producción y los indicadores del sistema de calidad.	Recepcionar la información de los indicadores de gestión de Hospitalaria para su respectivo cargue en el sistema Almera	Reportar el indicador de mortalidad mayor a 48 horas de ingreso a la Subred, con su respectivo análisis e insumos (bases de datos) al sistema Almera. Reportar el indicador de Apendicetomía dentro de las 6 horas, así como su respectivo análisis e insumo (bases de datos) al sistema Almera. Reportar el indicador de Reingresos hospitalarios a la Subred, así como su respectivo análisis e insumo (bases de datos) al sistema Almeraa
Ejercer la supervisión de los contratos que le sean designados.	Reportar el indicador de mortalidad mayor a 48 horas de ingreso a la Subred, con su respectivo análisis e insumos (bases de datos) al sistema Almera. Reportar el indicador de Apendicetomía dentro de las 6 horas, así como su respectivo análisis e insumo (bases de datos) al sistema Almera. Reportar el indicador de Reingresos hospitalarios a la Subred, así como su respectivo análisis e insumo (bases de datos) al sistema Almeraa	Control de la ejecución de los contratos de urología.
Realizar actividades como profesional de salud, con plena autonomía de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred	Participar en las actividades propuestas por la Dirección Hospitalaria	Asistencia a la reunión de líderes y referentes en la presentación del análisis de la eficiencia de los servicios.
Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios. os por la Subred	Recibir visitas, solicitudes o alcances solicitados a la dirección hospitalaria por los entes de control	Insumos para respuesta de PQrs. Insumo para respuestas a entes de control. Acompañamiento a visitas de Secretaria de Salud
Asesorar y participar en los diferentes comités institucionales.	Asistencia al comité primerio citado por la Dirección Hospitalaria	Seguimiento de los avances de las tareas propias de la dirección hospitalaria. Toma de nota de los planes de mejora. Acta de reunión como constancia
Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del área.	Acciones de control sobre las actividades delegadas por la Dirección Hospitalaria.	Seguimiento del envío formal de los productos solicitados por la Dirección en los tiempos establecidos.

Copia Certificada Subred Suroccidente

LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
50947221
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 A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MEIDY FERNANDA VELOZA CASAS

C.C 1.055.710.330 DE TINJACA BOYACÁ

La suma de ($7.362.996) (Siete millones trescientos sesenta y dos mil novecientos noventa y seis pesos m/cte).

Por concepto de: Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con requerimiento institucional durante el periodo del **1 al 30 de septiembre 2024** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3765-2024.



MEIDY FERNANDA VELOZA CASAS

C.C 1.055.710.330 DE TINJACÁ BOYACÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 0550476200061663

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	1055710330	MEIDY FERNANDA VELOZA CASAS	CRA 81B 6B 40 CASA 112	3118145062	MEIDYFERNANDAVELOZA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	79731903	$911.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	368.200	0		0		0	0	0	0	368.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	471.300	0	0	0	0	0	0		471.300	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	71.800				71.800	0	0	71.800			718	71.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	368.200	368.200
Pensión	1	471.300	471.300
Riesgos Laborales	1	71.800	71.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	911.300	911.300

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	1055710330	MEIDY FERNANDA VELOZA CASAS	CRA 81B 6B 40 CASA 112	3118145062	MEIDYFERNANDAVELOZA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	79731903	$911.300	

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	Estudiante	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	1055710330	VELOZA CASAS MEIDY FERNANDA	59	0			N																	230201	2.945.198	471.300	0	0	0	0	EPS005	2.945.198	368.200	14-11	2.945.198	3	71.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	1055710330	VELOZA	CASAS	MEIDY	FERNANDA	2024-06	EPS SANITAS	COTIZANTE
CC	1055710330	VELOZA	CASAS	MEIDY	FERNANDA	2013-12	EPS SANITAS	BENEFICIARIO
CC	1055710330	VELOZA	CASAS	MEIDY	FERNANDA	2014-11	EPS SALUD TOTAL	BENEFICIARIO
CC	1055710330	VELOZA	CASAS	MEIDY	FERNANDA	2017-11	EPS SALUD TOTAL	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS SANITAS	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 125 Registros en 13 Paginas