| 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 | 2242 | FECHA | 2024-10-31 16:34:27.000 | NÚMERO DE CRP | 66538 | FECHA | 2024-10-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO III | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-10-01 | | 2024-10-31 | | |
| 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 | $66,266,964 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $7,362,996 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 80483995 | $2,945,198 | $368,150 | $471,232 | 3 | $71,745 | $911,127 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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 31 de octubre 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 | |
| 2024-09 | 2024-09 | I | 08/10/2024 | 80483995 | $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 |
| 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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | |
| 2024-09 | 2024-09 | I | 08/10/2024 | 80483995 | $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