| 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: | LEIDY YULIANA QUINTIN ACOSTA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1013645042 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lquintinacosta@gmail.com | | | | CELULAR: | 3114424147 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | COLECTOR REHABILITACION HOSPITALARIA OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10H03 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550455000071668 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5529 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2652 | FECHA | 2024-12-15 16:09:19.000 | NÚMERO DE CRP | 80231 | FECHA | 2024-12-15 23:00:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | FISIOTERAPEUTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-12-01 | | 2024-12-31 | | |
| 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: | $27,298,141 |
| VALOR EJECUTADO | $27,298,141 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9478804164 | $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 Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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. de los pacientes | Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. de los pacientes | Plan de manejo |
| 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 | Ejecuto 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 | Plan de manejo intrahospitalario |
| 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos | Diligenciamiento de consentimiento informado |
| 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 | Participo 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 | Revista medica |
| 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 | Informo 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 | Plan casero |
| 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 | Llevo 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 formatos en dinámica gerencial |
| 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. | Participo en la programación de las actividades de la Subred | Encuentro de aprendizaje continuo mes de DICIEMRE / NO SE REALIZA |
| 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Notifico los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Eventos de salud publica |
| 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 | Notifico los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Eventos de seguridad |
| 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Imparto instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes | Personal a cargo |
| 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Formatos institucionales |
| 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Ordenes de servicio |
| 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | Condición del paciente y plan de atención |
| 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Revisión de procesos en encuentro de aprendizaje continuo |
| 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. | Informo 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 | Reporte de Eventos de seguridad |
| 16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Censo de producción mensual |
| 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Censo de producción mensual | Simposios de investigación |
| 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | NO APLICA | NO APLICA |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente | Sistema de calidad |
| 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. | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | Informe de gestión |
| 21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Lista de EPP |
| 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | Encuentro de aprendizaje continuo , asegúrate mes de NOVIEMBRE Y DICIEMBRE/ CULTURA DE PERCEPCION CLIMA SEGURIDAD PACIENTE |
| 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | Cumplimiento de actividades asignadas |
| 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones | Planilla mes de NOVIEMBRE |
| 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Actividades asignadas |

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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 Controlada Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

**LEIDY YULIANA QUINTIN ACOSTA**

**C.C 1.013.645.042 DE BOGOTA**

La suma de **$ 3688938 (TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/C),** por concepto de: prestación de servicios como FISIOTERAPEUTA, en la unidad Occidente de kennedy durante el 1 **al 31** de **ENERO** de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **5529- 2024**



**LEIDY YULIANA QUINTIN ACOSTA**

**C.C 1.013.645.042 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA S.A**

**NUMERO 550455000071668**

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 1013645042 | | QUINTIN ACOSTA LEIDY YULIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cl 74 sur 17f-15 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1185277972 | 9480166423 | I | 2025/01/13 | 2025/01/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $473,900 |

**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)** | | | | | $1,502,000 | $240,400 | | | $1,502,000 | $187,800 | | | $1,502,000 | $9,100 | | | $1,502,000 | $36,600 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,502,000 | $240,400 | | | $1,502,000 | $187,800 | | | $1,502,000 | $9,100 | | | $1,502,000 | $36,600 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,502,000 | $240,400 | | | $1,502,000 | $187,800 | | | $1,502,000 | $9,100 | | | $1,502,000 | $36,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1013645042 | QUINTIN LEIDY | 230301 | 30 | $1,502,000 | $240,400 | EPS005 | 30 | $1,502,000 | $187,800 | CCF21 | 30 | $1,502,000 | $9,100 | 14-11 | 30 | $1,502,000 | $36,600 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,502,000 | $240,400 | | | $1,502,000 | $187,800 | | | $1,502,000 | $9,100 | | | $1,502,000 | $36,600 | | $0 | $0 |

# 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 1013645042 | | QUINTIN ACOSTA LEIDY YULIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cl 74 sur 17f-15 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1185277972 | 9480166423 | I | 2025/01/13 | 2025/01/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $473,900 |

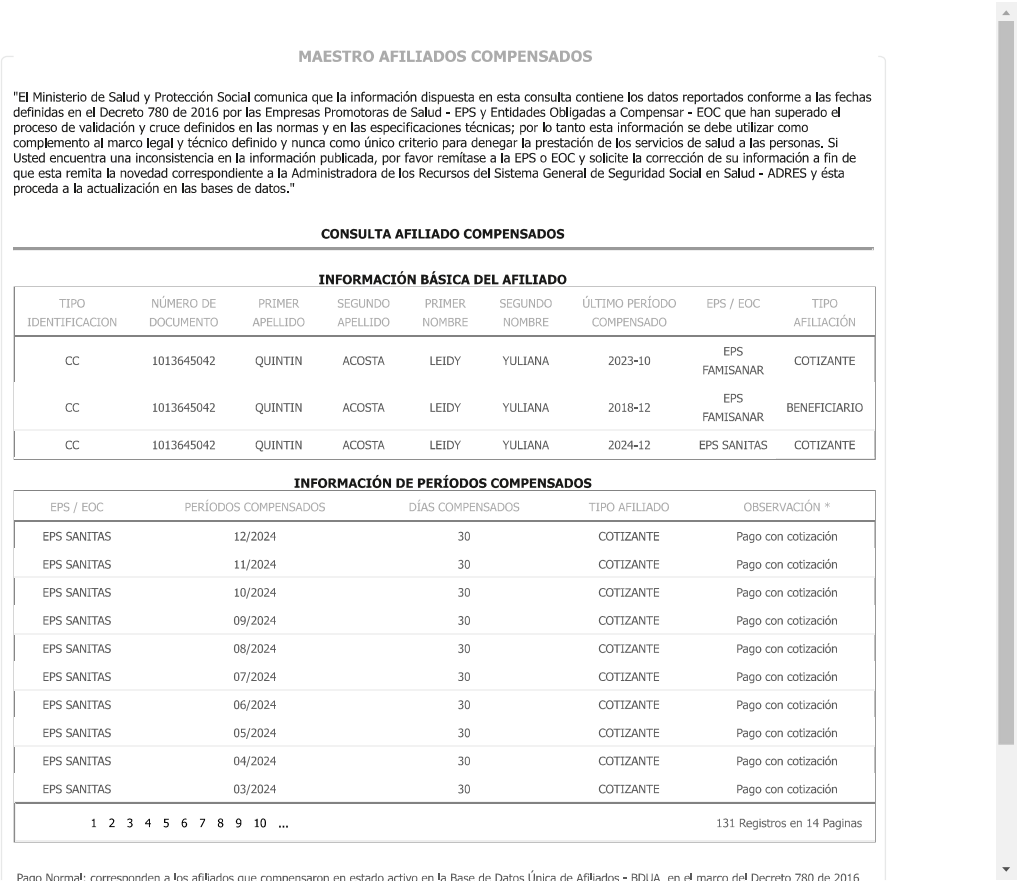
**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $240,400 | $0 | $0 | $240,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $240,400 | $0 | $0 | $240,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $36,600 | $0 | $0 | $36,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $36,600 | $0 | $0 | $36,600 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,100 | $0 | $0 | $9,100 |
| CAFAM | CCF21 | 860,013,570 | 3 | 1 | $9,100 | $0 | $0 | $9,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $187,800 | $0 | $0 | $187,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $187,800 | $0 | $0 | $187,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $473,900 | $0 | $0 | $473,900 |

Única de Afiliados con la información de fallecidos con que cuente el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, con la información de los aportes al sistema de salud registrados en la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes (PILA) y con la del recaudo de aportes de las cuentas maestras.

Expuesto lo anterior, en la consulta de Afiliados Compensados encuentra la información de los periodos de los afiliados que han superado el proceso de validaciones mencionado, es decir, que han sido objeto de la compensación. Tenga en cuenta que la información contenida en este reporte no se actualiza inmediatamente con el pago de la planilla PILA, ya que la liquidación del reconocimiento a favor de las EPS y EOC no depende exclusivamente de dicha planilla.

Finalmente, es preciso indicarle que, la información publicada en la consulta de afiliados compensados no es un comprobador de derechos para ningún tipo de trámite.



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 | 1013645042 | QUINTIN | ACOSTA | LEIDY | YULIANA | 2023-10 | EPS FAMISANAR | COTIZANTE |
| CC | 1013645042 | QUINTIN | ACOSTA | LEIDY | YULIANA | 2018-12 | EPS FAMISANAR | BENEFICIARIO |
| CC | 1013645042 | QUINTIN | ACOSTA | LEIDY | YULIANA | 2024-12 | EPS SANITAS | COTIZANTE |

**INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS**

| EPS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENSADOS | TIPO AFILIADO | OBSERVACIÓN * |
|---|---|---|---|---|
| EPS SANITAS | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| 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 |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 131 Registros en 14 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

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Centro Empresarial Elemento
Av. El Dorado #No. 69-76, torre 1, piso 16
Código Postal 111071, Bogotá, D.C.
Línea de atención telefónica Bogotá PBX (571) 601 432 27 60
**Horarios de Atención:**
Radicación de correspondencia y atención presencial: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.
Correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co
Línea fija en Bogotá 601 7437077 Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m.
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 423 737 Horario de Atención: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Si necesita radicar una petición, puede realizarla vía correo electrónico a correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co o a través del siguiente enlace: https://www.adres.gov.co/portal-del-ciudadano/pqrsd

**Notificaciones Judiciales:**
notificaciones.judiciales@adres.gov.co Exclusivo para notificaciones que provienen de la rama judicial, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 197 de la ley 1437 de 2011.
**Denuncias por actos de corrupción:**
denunciacorrupcion@adres.gov.co
Línea Anticorrupción: (571) 601 432 27 60 de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m
©Copyright 2021 - Todos los derechos reservados Gobierno de Colombia

@AdresColombia @AdresCol @AdresCol

ADRES