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 PATRICIA ESTEBAN						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1033759610	
CORREO ELECTRONICO:	Leidyft27@gmail.com				CELULAR:	3144443137	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	COLECTOR REHABILITACION HOSPITALARIA USS FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03H03	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	174193656				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3355			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	6166	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-01-01		2025-01-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,576,560						
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:	$39,831,584
VALOR EJECUTADO	$39,831,584
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,576,560
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
1069331194	$1,264,973	$158,122	$202,396	3	$30,815	$391,332

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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.	1) Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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	2) Hago 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	SISTEMA DE INFORMACION - PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	3) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	CUANDO SE ME REQUIERE
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	4) 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	CUANDO SE ME REQUIERE
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	5) 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	REGISTRO NOTAS DE TERAPIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
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	6) 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	SISTEMAS DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
7) Participar en la programación de las actividades de la Subred.	7) Participo en la programación de las actividades de la Subred.	CUANDO SE REQUIERA
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	8) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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.	9) Notifico 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.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES CUANDO SE REQUIERE
10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	10) Imparto instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	PLAN MEDICO A REALIZAR
11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	11) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	PROCESOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	12) Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	CUANDO SE REQUIERA
13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	13) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	ORDENES Y PLAN RESPIRATORIO
14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	14) Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
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.	15) 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.	SISTEMA DE INFORMACION
16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	16) Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	SISTEMA DE INFORMACION

Copia Controlada Subred Sur Occidente

17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	17) Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - PROCESOS DE INVESTIGACION Y CONOCIMIENTO
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	18) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado.	CUANDO SE REQUIERA
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	19) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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.	20) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	FORMATOS INSTITUCIONALES
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.	21) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	22) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	23) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	24) Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	25) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUANDO LO REQUIERAN

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-01-05, 10:19:11 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1069331194

Periodo Cotización 202412 **Periodo Servicio** 202412

PAGADA 2025-01-05 10:16:20.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY PATRICIA ESTEBAN				
Documento	CC 1033759610	**Dirección**	CL 51 SUR #17 - 71		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5689063		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1033759610		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					ESTEBAN LEIDY PATRICIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	0				$ 1.357.000	230301		16 %	$ 1.357.000	$ 217.200	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.357.000	$ 169.700	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.357.000	$ 33.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 217.200	$ 0	$ 0	$ 169.700	$ 33.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 420.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ 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		
☐	02. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	02. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	03. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	03. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	04. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	04. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	05. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	05. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	06. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	06. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	07. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	07. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	08. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	08. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	09. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	09. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	10. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024.pdf	11. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	12. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024.pdf	12. 3355 - 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEIDY PATRICIA ESTEBAN

C.C 1.033.759.610 DE BOGOTA

La suma de **($3.576.560.oo**) pesos m/cte, por concepto de: ***Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Rehabilitación como TERAPEUTA RESPIRATORIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional,*** *durante* el periodo de **01 al 31 de Enero de 2025**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. **3355 – 2024**.

Leidy Patricia Esteban

LEIDY PATRICIA ESTEBAN

C.C 1.033.759.610 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA

NUMERO 174193656