| 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: | SANDRA MILENA ESCURAINA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52976571 | |
| CORREO ELECTRONICO: | sescuraina@hotmail.com | | | | CELULAR: | 5745113 - 4512620 - 314 2165794 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT PSICOLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10A18 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 770185486 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4160 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1356 | FECHA | 2024-05-30 10:50:48.000 | NÚMERO DE CRP | 32753 | FECHA | 2024-05-31 21:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PSICOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-05-01 | | 2024-05-31 | | |
| 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: | $14,755,752 |
| VALOR EJECUTADO | $14,755,752 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 77038598 | $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 Mayo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LUDY ANDREA CUBILLOS MORA
52465298
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.Brindar servicios de evaluación, diagnostico y tratamiento a pacientes consulta externa, hospitalizados que presenten alteraciones de la conducta, el aprendizaje y el estado mental | Durante el mes se realizó la evaluación psicológica de los pacientes de la unidad de Renal, que garanticen buena adherencia al tratamiento, con su respectivo diagnostico e intervención, se realizó evaluación y seguimiento a pacientes hospitalizados y sus familiares. | HISTORIA CLINICA |
| 2. Realizar anamnesis con los familiares de los pacientes atendidos en el servicio. | Con el objetivo de realizar el diagnostico del paciente, se realizaron entrevistas semi estructuradas con los familiares en las cuales se recolectó la información de historia personal y familiar, se brindo acompañamiento emocional y psicológico a los pacientes; manejo de duelo anticipatorio a los familiares en afrontamiento por fallecimiento | HISTORIA CLINICA |
| 3. Participar en programas educativos y asistenciales en los que interviene el servicio. | No aplica | Actas de Asistencia |
| 4. Elaborar registros clínicos y estadísticos diario mensual. | Todas las entrevistas tanto a pacientes como familiares se registran en el formato de evolución de la institución y se diligencia diariamente un formato de seguimiento de humanización de los servicios. | HISTORIA CLINICA |
| 5. Asistir y participar en la reunión y asistenciales en lo que interviene el servicio. | No aplica | Actas de Asistencia |
| 6. Participar en la elaboración, actualización y aplicación de los manuales de procedimientos y protocolos de atención del área. | Se cumplió con los procedimientos y protocolos del servicio. | Programa "Devolviendo Sonrisas" |
| 7. Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y/o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención. | El servicio no requiere actividades de docencia o investigativas | no aplica |
| 8. Realizar intervenciones individuales y grupales en las áreas de psicoanalítico, psicometría y psicosocial. | Se realizaron intervenciones individuales y grupales a los pacientes, y familias, se explica dinamica al interior de la Unidad Renal mediante preacogida, con el fin de disminuir estado de angustia- tensión y manejo de duelo anticipatorio por condición critica de los pacientes, así como la atención en duelo por fallecimiento, atención en crisis | HISTORIA CLINICA |
| 9. Participar en los casos clínicos del equipo y presentar informe del mismo. | En el mes no se realizaron casos clínicos. | HISTORIA CLINICA y ACTAS DE REUNIONES |
| 10. Participar en las actividades terapéuticas y recreativas como reuniones de familia y salidas extramurales. | Se realiza actividad con cada turno. | Programa "Devolviendo Sonrisas" |
| 11. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoria y manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda la actuación con firma y sello. | Todas las historias clínicas de los pacientes fueron diligenciadas de acuerdo a lo establecido, programa DINAMICA. | HISTORIA CLINICA |
| 12. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución y demás equipos y elementos del hospital que sean destinados para el cumplimientos de sus actividades contractuales | Durante la ejecución diaria de las actividades se veló por el cuidado de los elementos y equipos empleados. | ACTIVOS FIJOS |

LUDY ANDREA CUBILLOS MORA
52465298
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

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 | 52976571 | SANDRA MILENA ESCURAINA BENITEZ | Kra 72 N # 39 64 sur | 6368365 | escuraina@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 10/05/2024 | 77038598 | $456.600 | |

## 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 | 184.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 184.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 236.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 236.100 | 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 | 36.000 | | | | 36.000 | 0 | 0 | 36.000 | | | 360 | 36.000 | 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 | 184.500 | 184.500 |
| Pensión | 1 | 236.100 | 236.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36.000 | 36.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 456.600 | 456.600 |

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 | 52976571 | SANDRA MILENA ESCURAINA BENITEZ | | Kra 72 N # 39 64 sur | 6368365 | escuraina@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 10/05/2024 | 77038598 | $456.600 | |

## 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 | Estornado | 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 | 52976571 | ESCURAINA BENITEZ SANDRA MILENA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.475.576 | 236.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.475.576 | 184.500 | 14-11 | 1.475.576 | 3 | 36.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 04/ 2024**
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**SANDRA MILENA ESCURAINA BENITEZ**
**C.C 52976571 DE BOGOTA**

La suma de 3.688.938, por concepto de: Prestación de servicios como Psicóloga en la Unidad Renal sede Kennedy, durante el periodo de 01 al 31 de Mayo del 2024, conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4160-2024.

**SANDRA MILENA ESCURAINA BENITEZ**
**C.C. 52976571 DE BOGOTA**
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**
**NUMERO 770185486**