

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			ANGIE DANIELA PINEDA MARTIN					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1031178874
CORREO ELECTRONICO:			danielapineda417@gmail.com			CELULAR:		3192586542
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			550488438211333				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		2841				VIGENCIA		2025
NÚMERO DE CDP	217	FECHA	2025-01-24 10:07:36.000	NÚMERO DE CRP		15215	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		TERAPEUTA RESPIRATORIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-02-01			2025-02-28	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$742,536				
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:						\$15,345,744		
VALOR EJECUTADO						\$742,536		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$742,536		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$14,603,208		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						5%		
El intervisor 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	
9481553486	\$1,400,506	\$175,063		\$224,081	3	\$34,116	\$433,260	
Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. 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								

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.	Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante
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 el 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	Despues de valoracion inicial se registra recomendaciones y/o el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patologia en la historia clínica.
3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Se realiza de forma cronologica y evolutiva la historia clinica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinamica Gerencial
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	Se deja registro en formato de censo, revisión de ordenes e interconsultas de pacientes nuevos y de las acciones tomadas en la revista medica o recomendaciones medicasy los ajustes entregados al plan de intervencion terapeutica
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	Se registra en la historia clinica la información al paciente y/o cuidador relacionado con la patologia del paciente, educacion y 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 el 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 en censos de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institución
7) Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Participo en la programación de las actividades de la Subred.	Entrego registro fotografico de la participacion en el Encuentro de aprendizaje Continuo mes de FEBRERO y del asegurate del mes tema BUENA PRACTICA CONSENTIMIENTO INFORMADO (pantallazo con evidencia del nombre del colaborador y fecha del encuentro)
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	No aplica
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 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.	Reporte de eventos de seguridad presentados durante la atención de los pacientes.
10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Realizo apoyo con el personal interdisciplinario reportando las recomendaciones y cuidados que por su patologia requiera el paciente
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.	Diligenciamiento completo de censos de acuerdo a los formatos y encabezados normalizados , firmas de quien entrega y recibe el servicio, realizo diligenciamiento de las histoiras clinicas en Dinamica
12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE
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.	Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente

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	Realizo aportes en el proceso de creación, actualización y/o socialización de guías, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitación.
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.	Registro de informe de novedades de equipos biomédicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologías y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atención
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.	Diligenciamiento adecuado de Historia Clínica Registro de atenciones e ingresos Diarios
17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	No aplica
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	No aplica	No aplica
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.	Atención a visitas de habilitación a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitación
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.	Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros días del mes, de acuerdo al servicio de atención a la Referencia de Rehabilitación para la consolidación en el sistema de información. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos.
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.	Revisión de inventarios y equipos biomédicos del servicio durante el desarrollo de las actividades y durante la entrega de turno
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.	Entrego pantallazo de la participación del Encuentro de Aprendizaje Continuo mes de FEBRERO
23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo
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 y riesgos profesionales mensualmente.	Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de ENERO
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.	Recibir la asignación de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitación

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1031178874		PINEDA MARTIN ANGIE DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 598 SUR 30 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1321499991	9482550423	I	2025/03/18	2025/03/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$505,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,534,575	\$245,600			\$1,534,575	\$191,900			\$1,534,575	\$30,700			\$1,534,575	\$37,400		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,534,575	\$245,600			\$1,534,575	\$191,900			\$1,534,575	\$30,700			\$1,534,575	\$37,400		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,534,575	\$245,600			\$1,534,575	\$191,900			\$1,534,575	\$30,700			\$1,534,575	\$37,400		\$0	\$0	
1	CC	1031178874	PINEDA ANGIE	230201	30	\$1,534,575	\$245,600	EPS008	30	\$1,534,575	\$191,900	CCF24	30	\$1,534,575	\$30,700	14-11	30	\$1,534,575	\$37,400	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,534,575	\$245,600			\$1,534,575	\$191,900			\$1,534,575	\$30,700			\$1,534,575	\$37,400		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031178874		PINEDA MARTIN ANGIE DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 59B SUR 30 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-02	2025-02	1321499991		9482550423	I	2025/03/18	2025/03/10	BANCO DAVIVIENDA	\$505,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$245,600	\$0	\$0	\$245,600	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$245,600	\$0	\$0	\$245,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,400	\$0	\$0	\$37,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$37,400	\$0	\$0	\$37,400	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$30,700	\$0	\$0	\$30,700	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$30,700	\$0	\$0	\$30,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$191,900	\$0	\$0	\$191,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$191,900	\$0	\$0	\$191,900	
TOTAL				1	\$505,600	\$0	\$0	\$505,600	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

**ANGIE DANIELA PINEDA
MARTIN**
C.C. 1.031.178.874 de BOGOTA D.C

La suma de \$ 3.733.306 (**TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SEIS pesos MCTE**) por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, 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 como **Terapeuta Respiratoria**; en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de **Urgencias**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de MARZO de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2841-2025**.



ANGIE DANIELA PINEDA MARTIN
C.C. 1.031.178.874 de BOGOTA D.C
Cel: 3192586542
CUENTA DE AHORROS # 0550488438211333
Banco DAVIVIENDA