66855

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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA PILAR CARO VELASQUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52776459							
CORREO ELECTRONICO:	pilicaro81@gmail.com				CELULAR:	3214524203							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS PABLO VI												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	USS NUEVAS DELICIAS				SEDE:	PA15							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA15-M07	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	74112749								PENSIONADO	no			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6049-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 5			
NÚMERO DE CDP	1284	FECHA	20/09/2019	NÚMERO DE CRP	46567	FECHA	30/09/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Proyectos y convenios 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.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2019		31	10	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.092.506									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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:	$10.462.530
VALOR EJECUTADO	$10.462.530
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.092.506
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 $2,070,290, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
37979664	828.116	$103.600	$132.500	3	$20.200	**$256.300**

Dado en Bogotá a los 31 días del mes Octubre de del año Dos Mil Diecinueve (2019) . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SONIA PILAR CARO VELASQUEZ

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**USS NUEVAS DELICIAS**		**Sede: PABLO VI**							
No. DE CONTRATO:	6049 - 2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.019		31	10	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SONIA PILAR CARO VELASQUEZ		**C. C.**	52.776.459			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo en la gestión como TERAPEUTA OCUPACIONAL dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO		PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Valorar integralmente los pacientes remitidos a pquetes de estimulacion adecuada y de habilitacion funcional, realizando el estudio de caso de acuerdo a los lineamientos y normatividad vigente	SI	Se hace valoracion para determinar las condiciones en la que el paciente ingresa y asi establecer plan de tratamiento	HISTORIA CLINICA E INTERVENCION
2. valorar integralmente los pacientes remitidos de las EPS'S por evento según especialiodad requeridad	SI	Se hace valoracion para determinar las condiciones en la que el paciente ingresa y asi establecer plan de tratamiento	HISTORIA CLINICA E INTERVENCION
3. valorar integralmente a los pacientes particulares según especialidad solicitada	SI	Se hace valoracion para determinar las condiciones en la que el paciente ingresa y asi establecer plan de tratamiento	HISTORIA CLINICA E INTERVENCION
4. Realizar informe mensual con el analisis de los indicadores propios del gimnasio	SI	Se relizo talleres de acuerdo a cada usuario según patologia	HISTORIA CLINICA
5.realizar el correcto diligenciamiento de la historia clinica para los diferentes servicios	SI	Diligenciamineto correcto de historia clinica en campo de Terapia Ocupacional	HISTORIA CLINICA
6.asistir y participár activamente en los espacios para actualizacion y fortalecimiento de competencias como UAT, ULC, y otras reuniones	SI	Participacion activa de acuerdo a las reuniones involucradas	ACTAS DE ASISTENCIA
7.Responder por el cumplimiento de las metas institucionles asignadas a usua actividades y/o plan de accion de servicio	SI	De acuerdo a los tiempos dfe atencion a los pacientes y horas de contrtacion	HISTORIA CLINICA
8.Entrega oportuna de los soportes para la facturacion de la linea según actividad realizadas	SI	De acuerdo a los tiempos dfe atencion a los pacientes y horas de contrtacion	HISTORIA CLINICA
9.Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestacion de servicio	SI	Involucrar talleres y/o guias de intervencion Terapeutica según patologia	PROTOCOLOS
10.aplicar los procesos subprocesos y procediemintos definidos en el manual de la calidad de la institucional	SI	Participacion activa de acuerdo a aplicacion y actualizacion de protocolos	PROCOLOS Y GUIAS
11.aplicar los procedimientos definidos en la guia integral del gimnasio y los instructivois propios de cada especialidad	SI	Participacion activa de acuerdo a aplicacion y actualizacion de protocolos	PROCOLOS Y GUIAS
12. realizar la prestacion de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficio	SI	Se hace valoracion para determinar las condiciones en la que el paciente ingresa y asi establecer plan de tratamiento	HISTORIA CLINICA
13. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar	SI	se socializa plan de intervencion según patologia barreras de riesgo de caida e identificacion de los mismos	CUMPLIR CON EL PROTOCOLO A DIARIO REQUERIDO POR LA INSTITUCION

14.realizar el ejercicio de autocontrol, autoregulacion y autogestion de las actividades desarrolladas.		Brindan herramientas al paciente que favorezca al autocontrol, autoregualcion y autogestion en la vida cotidiana en areas de ajuste	INTERVENCION TERAPEUTICA
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2.092,506 DOS MILLONES NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SEIS PESOS M/C			
SONIA PILAR CARO VELASQUEZ C.C.52.776.459 Sonia Pilar Caro		Fecha :31/10/2019 supervisor:	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.			

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	52776459	sonia pilar caro velasquez	calle 2 B No. 24-19	4830959	sopicave@hotmail.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	CANTIDAD UPC
			2019/10/09	505449968	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-09	2019-09	I	09/10/2019	37979664	$256.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	103.600	0		0		0	0	0	0	103.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	132.500	0	0	0	0	0	0		132.500	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	20.200				20.200	0	0	20.200			202	20.200	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	103.600	103.600
Pensión	1	132.500	132.500
Riesgos Laborales	1	20.200	20.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	256.300	256.300

CARTA CESANTIA 37979664

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	52776459	sonia pilar caro velasquez	calle 2 B No. 24-19	4830959	sopicave@hotmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-09	2019-09	I	09/10/2019	37979664	$256.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Trasladado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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
CC	52776459	CARO VELASQUEZ SONIA PILAR	57	0			N																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS008	828.116	103.600	14-11	828.116	3	20.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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