

					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:			IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		40800714
CORREO ELECTRONICO:			isaurithmurillo@gmail.com			CELULAR:		3134881809
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			12551230			PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3375			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	6918	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		TERAPEUTA RESPIRATORIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-01-01			2025-01-20	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,379,960				
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:						\$43,513,602		
VALOR EJECUTADO						\$42,125,292		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,379,960		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$1,388,310		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						97%		
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		
83395775 - secop ii	\$1,475,575	\$184,447	\$236,092	3	\$35,945	\$456,484		
Dado en Bogotá a los veinte(20) 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
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 consulta de atención y apoyo terapéutico, inhaloterapia, rehabilitación, ventilación mecánica, toma de muestras respiratorias, gases sanguíneos	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos
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	Diligencio registro de Historia clínica : EVCARD / HETR/ CSERA/ REGISTRO GASES/ Libros de Registro	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Realizo educación al paciente y/o familiaSocialización de deberes y derechos	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad
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	Realizo registro en Historia ClínicaSolicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad
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	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo. Participo en Unidad de análisis temático de Rehabilitación y/o Terapia Respiratoria Historia Clínica Dinámica- Almera – lista de asistencia Unidad de análisis temático	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad
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	Realizo registro en Historia ClínicaSolicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo. Participo en Unidad de análisis temático de Rehabilitación y/o Terapia Respiratoria Historia Clínica Dinámica- Almera – lista de asistencia Unidad de análisis temático	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reportes de Seguridad del pacienteparticipación en Unidad de análisis temático de Rehabilitación y/o Terapia Respiratoria socialización sucesos de seguridad	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos
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.	Realizo registro en Historia ClínicaSolicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos. Reporte de sucesos de seguridad
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Aplico guías de manejo, protocolos, procedimientos, listas de chequeo	Registro en Historia Clínica- Solicitud de insumos
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio libros de registro y formatos de estadística –Informe de sala ERA – Envíos de correos con reportes	Historia Clínica Dinámica
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	rapéutico, inhaloterapia, rehabilitación, ventilación mecánica, toma de muestras respiratorias, gases sanguíneos	Historia Clínica Dinámica
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.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Participare en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
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.	Doy cuidado a los epp entregados por la institucion	CUANDO SE REQUIERA
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	NO APLICA	NO APLICA
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboraro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	FORMATO INSTITUCIONAL
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 mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA

Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asisto a capacitaciones y reuniones convocadas	Listados de asistencia asegúrate y conversatorio de calidad
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 apoyo la implementación de los mismos	CUANDO SE REQUIERA
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	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila
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.	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

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	40800714	IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO		cra 90 bis no 75 77 ag 1 int 15 apto 301	2364704	idalmissaurith@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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	15/01/2025	83395775	\$459.100	

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	8	1.000	0	185.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	236.200	0	0	0	0	8	1.200	0	237.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	36.000				36.000	8	200	36.200			360	36.200	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	185.500
Pensión	1	236.200	237.400
Riesgos Laborales	1	36.000	36.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	456.700	459.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40800714	IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO		cra 90 bis no 75 77 ag 1 int 15 apto 301	2364704	idalmisaurith@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	15/01/2025	83395775	10
					TOTAL A PAGAR
					\$459.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	
1	CC	40800714	SAURITH MURILLO IDALMIS JOSEFINA	57	0		N																			25-14	1.476.000	236.200	0	0	0	0	EPS005	1.476.000	184.500	14-23	1.476.000	3	36.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

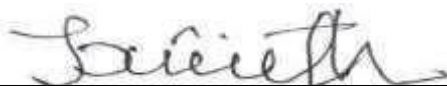
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO

C.C 40.800.714 DE URUMITA GUAJIRA.

La suma de \$ 2.379.960 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como Terapeuta Respiratoria durante el periodo de 1 al 20 de ENERO 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3375-2024



IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO

C.C 40.800.714 DE URUMITA GUAJIRA.

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO 012551230

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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			
☐ CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE FEBRERO 2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE MARZO 2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE ABRIL 2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE MAYO 2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE JUNIO 2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE JULIO 2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE AGOSTO 2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE AGOSTO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE SEPTIEMBRE 2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE SEPTIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE OCTUBRE 2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE OCTUBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE NOVIEMBRE 2024.pdf	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE NOVIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE DICIEMBRE 2024.pdf

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO - IDALMIS JOSEFINA SAURITH MURILLO MES DE DICIEMBRE 2024.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo