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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA CAROLINA VELANDIA QUINTERO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52487467							
CORREO ELECTRONICO:	carolinavelandia3725@yahoo.es				CELULAR:	3103398553							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**USS FONTIBON**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALA ERA				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO02M09	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380612346								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**3861-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**10**			
NÚMERO DE CDP	1380	**FECHA**	09/25/2020	**NÚMERO DE CRP**	42740	**FECHA**	09/30/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como TERAPEUTA RESPIRATORIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	11	2020		30	11	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$17.163									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 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.
HORAS MES DE NOVIEMBRE 180 HORAS $17.163 TOTAL $3,089,340

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$45.702.774
VALOR EJECUTADO	$44.472.114
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.089.340
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.230.660
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 $2.194.508 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
9412709087	$1.318.118	$164.765	$210.899	3	$46.157	**$421.821**

Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA CAROLINA Velandia

SANDRA CAROLINA VELANDIA QUINTERO
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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	TERAPIA RESPIRATORIA		Sede: UNIDAD FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	3861-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	11	20		30	11	20	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA CAROLINA VELANDIA QUINTERO		C.C.	52.487.467		DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Terapia Respiratoria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	100%	Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
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	100%	Ejecuto 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	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	100%	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
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	100%	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 REQUIERA
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	100%	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 SISTEMA DE INFORMACION
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	100%	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	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	100%	Participar en la programación de las actividades de la Subred.	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	100%	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
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.	100%	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.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	100%	Imparto instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	100%	Realizo las intervenciones al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	100%	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	100%	Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
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.	100%	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.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	100%	Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	100%	Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	CUANDO SE REQUIERA
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	100%	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.	100%	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	100%	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	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.	100%	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.	100%	Participare en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además apoyo la implementación de los mismos.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	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.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO SE REQUIERA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):	$ 3.089.340	Tres Millones Ochenta y nueve mil trescientos cuarenta pesos

Sandra Carolina Velandia

CC.52,487,467 DE BOGOTA

FECHA : NOVIEMBRE- 2020

RODOLFO DUARTE CELY

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52487467		VELANDIA QUINTERO SANDRA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 103B NO 22 - 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-10	2020-10	797695311	9412709087	I	2020/11/18	2020/11/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$434,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,318,118	$210,900			$1,318,118	$164,800			$1,318,118	$26,400			$1,318,118	$32,200		$0	$0		$434,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,318,118	$210,900			$1,318,118	$164,800			$1,318,118	$26,400			$1,318,118	$32,200		$0	$0		$434,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,318,118	$210,900			$1,318,118	$164,800			$1,318,118	$26,400			$1,318,118	$32,200		$0	$0		$434,300
1	CC	52487467 VELANDIA SANDRA									X									25-14	30	$1,318,118	$210,900	EPS005	30	$1,318,118	$164,800	CCF22	30	$1,318,118	$26,400	14-11	30	$1,318,118	$32,200	30	$0	$0	No	$434,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,318,118	$210,900			$1,318,118	$164,800			$1,318,118	$26,400			$1,318,118	$32,200		$0	$0		$434,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52487467		VELANDIA QUINTERO SANDRA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 103B NO 22 - 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-10	2020-10	797695311	9412709087	I	2020/11/18	2020/11/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$434,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$210,900	$0	$0	$210,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$210,900	$0	$0	$210,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,200	$0	$0	$32,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$32,200	$0	$0	$32,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$26,400	$0	$0	$26,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$164,800	$0	$0	$164,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$164,800	$0	$0	$164,800
TOTAL				**1**	**$434,300**	**$0**	**$0**	**$434,300**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Sandra Carolina Velandia Quintero

C.C 52.487.467 Bta

La suma de $ 3.089.340 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como Terapeuta Respiratoria durante el periodo de 01 al 30 de NOVIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3861-2020

Sandra Carolina Velandia

SANDRA CAROLINA VELANDIA QUINTERO

C.C 52.487.467

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7380612346