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 |
| Fecha de aprobación | 15/02/2018 |
| Código: | 04-02-FO-0002 |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | PAULA ALEXANDRA URREA MORALES | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.016.062.510 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | Paulamorales719@gmail.com | | | | CELULAR: | 3138335900 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SEDE KENNEDY | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | rehabilitación | | | | SEDE: | KENNEDY | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | M07-KE10 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570462470087026 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1560-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 9 de 9 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1052 | FECHA | 22/07/2020 | NÚMERO DE CRP | 34997 | FECHA | 30/08/2020 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TERAPEUTA RESPIRATORIO | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 9 | 2020 | | 30 | 9 | 2020 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES - HORA | $5.400.000 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: SE ANEXA PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE AGOSTO EL CUAL SE PAGO SOBRE EL 40% DE $ 6,866,100 CORRESPONDIENTE A 270 HORAS.

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $36.433.980 |
| VALOR EJECUTADO | $34.778.880 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5.400.000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.655.100 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 95% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 45291903 / 45320569 | $2.746.440,00 | $343.306 | $439.430 | 3 | $67.000 | **$849.736** |

Dado en Bogotá en el mes de septiembre del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**CLAUDIA PENAGOS**
SUPERVISOR

**PAULA ALEXANDRA URREA MORALES**
CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

| 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 |  |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 1/07/2020 | |
| | | Codigo | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | UNIDAD DE KENNEDY | | Sede: KENNEDY | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 1560-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 9 | 2 020 | | 30 | 9 | 2 020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | PAULA ALEXANDRA URREA MORALES | | C. C. | 1.016.062.510 | | DE | BOGOTA | | |

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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA se obliga con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades. 1. Cumplir las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, codigo o directriz interna del E.S.E que tenga relacion con la ejecucion del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al codigo del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes del sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos dentro de los quince (15) primeros dias calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guias de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promocion, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestion de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestion documental y archivo, Sistema Unico de acreditacion, Responsabilidad Social, Seguridad de la informacion y Control interno, acorde a las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de cooperación de los componentes del Sistema unico de Habilitacion, Auditoria para el mejoramiento de la calidad, Sistema unico de Acreditacion y Sistema de información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Unico de Acreditacion, Gestion del Riesgo, Humanizacion de la tension, Transformación cultural, Gestion clinica excelente y segura, Gestion de la Tecnologia, Atencion centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las politicas Gerenciales, acuerdos institucionales, Protocolos edcos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos, definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que alla lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridos por las entidades publicas o privadas, dentro de los terminos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contra actuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio juridico e informar de manera oportuna las dificultades que se presentes en la ejecucion de las responsabilidades asignadas. 14. EL CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E., que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de servicios de salud Suroccidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento tecnico, administrativo y financiero del negocio juridico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. EL CONTRATISTA cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención medica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contra actual. PARAGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S. | 100% | Se realizo la valoracion de cada paciente con calidad; se realizaron registros en la historia clinica de acuerdo al diagnostico, el formato de historia clinica institucional, toma de muestra de gases arteriales y/o venosos, toma de muestras respiratorios. | Sistema de información del Paciente. |
| | 100% | Se brindo atencion oportuna en los aspectos de evaluacion, tratamiento y seguimiento a los pacientes que requieran el servicio a nivel hospitalario como tambien atencion por consulta externa. | Libro de entrega de turno. |
| | 100% | Se realizo diligenciamiento completo, legible y oportuno de la historia clinica dando cumplimiento a la resolucion 1.995 de 1999. | Registro de historia clínica. |
| | 100% | Realiza las actividades de promocion de la salud y la prevencion de la enfermedad atendiendo las directrices institucionales. | Sistema de información del Paciente. |
| | 100% | Se diligenciaron completamente los registros de atencion con las actividades realizadas en el punto de atencion y se entregaron oportunamente para alimentar los sistemas de informacion institucionales y de los pacientes que requirieron atencion prioritaria y urgente. | Registro de historia clinica. |
| | 100% | Se realizaron actividades de promocion y prevencion de la enfermedad respiratoria aguda y re realizaron las actividades incluidas dentro de los convenios docente-asistenciales y de investigacion que se programaron en el servicio, como en la institucion. | Implementacion de estrategia ERA,educacion al paciente y/o cuidador |
| | 100% | Se realizo reporte de eventos e incidentes, elaborando y controlando adecuadamente los pedidos de material e insumos necesarios para la prestacion del servicio. | Sistema de información del Paciente. |
| | 100% | Se realizo informe de gestion oportuno al surpervisor del contrato, dando a conocer las novedades e irregularidades presentadas en el servicio durante este periodo. | Reporte mensual de procedimientos con el informe de gestión. |
| | 100% | Se particpo activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institucion en el proceso de acreditación, que hicieron parte al mejoramiento continuo de entidadad. | Se participó en las actividades de humanización durante el mes de septiembre |
| | 100% | Se hizo control de insumos y solicitud de los mismos de acuerdo a las pautas de seguridad del paciente, cambios de equipo de aerosolterapia entre otros utilizados de manera individual por los pacientes. | Recibo de pedido de insumos y reporte en Kardex. |

TOTAL A PAGAR : $5,400,000 CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE

PAULA ALEXANDRA URREA MORALES CC 1016062510

Fecha : SEPTIEMBRE 2020. CLAUDIA PENAGOS

Nota: El informe para su aprovación estara sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Escaneado con CamScanner

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 | 1016062510 | PAULA ALEXANDRA URREA MORALES | | KR 81 B # 19 B - 50 | 4781721 | paulamorales719@gmail.com | |
| FORMA ENTACIÓN | 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 |
| 2020-08 | 2020-08 | I | 09/09/2020 | 45291903 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $295.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| o 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 | | | | | |
| .008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 112.300 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 112.300 | 1 |

### TOTALES PENSIÓN

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 501 | Porvenir | 800224808-8 | 143.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 143.700 | 1 |

### TOTALES RIESGOS LABORALES

| 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 | | | | | | | | | | |
| 11 | ARL SURA | 890903790-5 | 21.900 | | | | 21.900 | 0 | 0 | 21.900 | | | 219 | 21.900 | 1 |

### TOTALES CAJAS

| e CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 18.000 | 0 | 0 | 18.000 | 1 |

### TOTALES PARAFISCALES

| porte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| | 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 | 112.300 | 112.300 |
| Pensión | 1 | 143.700 | 143.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 21.900 | 21.900 |
| CCF | 1 | 18.000 | 18.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 295.900 | 295.900 |

PAGADA
45291903

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

Escaneado con CamScanner

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 09 / 2020**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**PAULA ALEXANDRA URREA MORALES**

**C.C 1016062510 DE BOGOTA D. C**

La suma de $ 5.400.000 M/C (CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS, MONEDA CORRIENTE), por concepto de: TERAPEUTA RESPIRATORIA DEL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY, durante el periodo de 01 al 30 de SEPTIEMBRE del 2020 en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1560-2020

**PAULA ALEXANDRA URREA MORALES**

**C.C.1016062510 DE BOGOTA DC**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 570462470087026**

Escaneado con CamScanner