

					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:				Maria Fernanda Olivos						
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1030696421	
CORREO ELECTRONICO:				Olivosm639@gmail.com			CELULAR:		3013305675	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				OTRAS TERAPIAS DELICIAS			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%								
	PA15M07	100								
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.					TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24118465821					PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO			1344			VIGENCIA			2026	
NÚMERO DE CDP		1945	FECHA	2026-09-14 16:15:20.000		NÚMERO DE CRP		36349	FECHA	2026-09-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:										
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL			
				2026-09-01			2026-09-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						\$2,816,240				
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:							\$26,271,496			
VALOR EJECUTADO							\$22,529,920			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA							\$2,816,240			
VALOR A LIBERAR							\$0			
SALDO POR EJECUTAR							\$3,741,576			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN							86%			
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		
94499587	\$1,126,496	\$140,812		\$180,239		3	\$27,441	\$348,493		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.										
<p style="text-align: center;">David Eduardo Peñuela Jiménez 1018420569 Supervisor</p>										
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>										
<p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>										

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órganos funcionales o genéticos	Se realiza entrevista ocupacional evaluando los siguientes componentes, condición cognitiva, motriz, social y sensorial y se identifica el riesgo, se realiza plan de tratamiento.	historia clínica
Detectar de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanentes susceptibles de atención en rehabilitación, con el fin de brindar una atención oportuna tendiente a evitar secuelas o instauración de discapacidades	Se brinda atención oportuna y se realiza plan de tratamiento de acuerdo a su condición de salud	historia clínica
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999.	se realiza historia clínica de acuerdo a los lineamientos de la resolución y protocolos de la subred.	historia clínica
Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área	Se realizan estudios de caso a los usuarios pertenecientes a hospital día y/o otras patologías	historia clínica
Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan	Se realiza demanda inducida de acuerdo a necesidad	historia clínica
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución.	se cumple con las normas, protocolos, guías establecidas por la subred	historia clínica, actas
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órganos funcionales o genéticos	Se realiza entrevista ocupacional evaluando los siguientes componentes, condición cognitiva, motriz, social y sensorial y se identifica el riesgo, se realiza plan de tratamiento.	historia clínica
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	Se realiza las actividades sugeridas por el supervisor del contrato	historia clínica, actas
Alimentar constantemente todos los sistemas de información que están de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día.	se diligencia historia clínica de acuerdo a resolución	historia clínica
Demás actividades concernientes con de acuerdo a su perfil.	Se realiza las actividades de acuerdo a la necesidad de cada usuario	historia clínica
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia "Quite la Bata" en el contexto de seguridad del paciente	se porta la bata y carnet de acuerdo a los lineamientos institucionales por la seguridad y el bienestar de todos.	porte de bata y carnet
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista	se entrega los soportes evidenciando el cumplimiento requerido por la subred.	soporte de planilla
Colaborar con la unidad de servicios de salud donde se encuentre	se colabora con lo solicitado de supervisor del contrato y se asiste a las reuniones requeridas	actas
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato	se le informa al supervisor de forma oportuna	whatsapp, telefónico, correo
participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	se participa activamente en las capacitaciones	actas

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE
LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

MARIA FERNANDA OLIVOS
PORRAS CC 1030696421 DE
BOGOTA D.C

La suma de dos millones ochocientos dieciséis mil doscientos cuarenta pesos m/c 2.816.240, equivalentes a 140 horas contratadas por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como Profesional de Apoyo en la Dirección de Gestión de Riesgo de la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE, durante el periodo de 1 al 30 de septiembre de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1344-2026.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Fernanda Olivos Porras', written over a horizontal line.

MARIA FERNANDA OLIVOS
PORRAS CC 1030696421 DE
BOGOTA D.C
CUENTA DE AHORROS- BANCO CAJA
SOCIAL NO. 24118465821

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030696421	MARIA FERNANDA OLIVOS PORRAS	CALLE 35A #781-52	3013305675	Olivosm639@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94499587	03/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	\$0	\$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
230301	Porvenir	800224808-8	280.200		0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700					42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030696421	MARIA FERNANDA OLIVOS PORRAS		CALLE 35A #781-52	3013305675	Olivosm639@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94499587	03/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

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